



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Cuidar da criança e da família em situação de maus-tratos em contexto hospitalar

Sara Raquel Pereira Alexandre

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Cuidar da criança e da família em situação de maus-tratos em contexto hospitalar

Sara Raquel Pereira Alexandre

Orientador: Professora Doutora Maria de Lourdes Oliveira

2014



Na vida, não existem soluções.

Existem forças em marcha:

é preciso criá-las e, então, a elas seguem-se as soluções

Antoine de Saint-Exupéry

Agradeço a todos os que me acompanharam neste percurso,

Que disponibilizaram tempo, energia e dedicação

Que foram cúmplices na minha alegria e nos momentos mais tortuosos

Agradeço aos meus pais por serem o meu pilar e pelo seu amor incondicional

Ao meu irmão pelas palavras de incentivo

À Lara e ao Miguel por me arrancarem sempre um sorriso

Ao André, pela cumplicidade em todos os momentos...pela partilha de tantas emoções

Aos amigos sempre presentes Cláudia, Pedro, Liliana, Joana, Carla, Patrícia

Agradeço à Prof^a Maria de Lourdes Oliveira pela disponibilidade, compreensão, experiência e

alento na prossecução deste caminho

A todos os enfermeiros e outros profissionais que me acolheram nas suas equipas, apoiaram e

partilharam a sua experiência, perícia e humanidade

Agradeço-te a ti, Criança, pela inspiração, pelo carinho, amor, espontaneidade e

felicidade em que me envolves todos os dias.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES- Agrupamentos de Centros de Saúde

CDC- Convenção sobre os Direitos da Criança

CDI - Centro de Desenvolvimento Infantil

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP- Cuidados de Saúde Primários

EESIP- Enfermeiro Especialista Saúde Infantil e Pediatria

INML- Instituto Nacional de Medicina Legal

NACRJ- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NHACJR- Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NIDCAP- Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

NN- Notícias de nascimento

PIAF – Plano de Intervenção Apoio Familiar

RN – Recém-nascido(s)

SAPE- Sistema Apoio à Prática de Enfermagem

SIP- Saúde Infantil e Pediatria

SUP- Serviço de Urgência Pediátrica

UCER- Unidade Curricular de Estágio com Relatório

UCIIN- Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais

UCPQ- Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UMS- Unidade Móvel de Saúde

RESUMO

O presente relatório reflete o caminho percorrido em diferentes contextos da prática clínica na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde infantil e pediatria, no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A temática transversal ao processo formativo foi o **Cuidar da criança e da família em situação de maus-tratos**, estando a sua escolha relacionada com o interesse pessoal e a experiência profissional. Os maus-tratos constituem um fenómeno complexo da sociedade e são um importante stressor na vida da criança, interferindo no seu desenvolvimento e bem-estar. A violência é um foco de enfermagem e a intervenção nesta área enquadra-se nos valores, filosofia e prática da profissão. O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria possui uma posição privilegiada no seio da equipa de saúde e capacidade interventiva na prevenção dos maus-tratos, através do desenvolvimento e implementação de estratégias que previnem a sua ocorrência, favorecem a deteção precoce e apoiam a criança e família na sua recuperação. O nosso percurso foi suportado pelo referencial teórico do Modelo de Sistemas de Neunan e os cuidados centrados na família.

A tomada de decisão ao longo dos vários contextos da prática tiveram por base o objetivo de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à criança e família através da prevenção dos maus-tratos e simultaneamente desenvolver competências de natureza científica e técnico-relacional, no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados em saúde infantil e pediatria. A sua consecução passou pela realização de várias atividades, como a elaboração de folhetos informativos, a realização de ações de formação, a criação de instrumentos de apoio à prática de cuidados, como suportes bibliográficos e protocolos de atuação, a elaboração de um projeto de intervenção em contexto de trabalho.

O *empowerment* pessoal, bem como o da criança e família e das equipas com quem partilhamos este percurso, foi o resultado do empenho e dedicação no desenvolvimento de práticas que procuram a excelência dos cuidados e o Superior Interesse da Criança.

Palavras Chave: Maus-tratos, Criança e família, Prevenção, Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

ABSTRACT

This report reflects the progress made in different contexts of clinical practice in the acquisition and development of specialist nursing child health and pediatrics skills within the Masters in Nursing, related to Nursing Specialization in Child Health and Pediatrics , held at Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

The cross-training process was subject to the Care of the child and family in a situation of abuse, and its related personal interest and professional experience choice. Maltreatment is a complex phenomenon of society and are a major stressor in a child's life , interfering with their development and well -being . Violence is a focus of nursing intervention and this area fits the values , philosophy and practice of the profession . The nurse specialist in child health and pediatrics has a privileged position within the healthcare team and intervention capacity in the prevention of abuse through the development and implementation of strategies to prevent their occurrence , encourage early detection and support the child and family in their recovery. Our route was supported by the theoretical framework of the Neuman systems Model and family-centered care .

Decision making over various contexts of practice was based on the objective of contributing to the improvement of care provided to children and families through prevention of maltreatment and simultaneously develop skills of scientific, technical and relational nature, under the skilled care of child health and pediatrics nursing. Its achievement went for carrying out various activities such as the preparation of brochures, conducting training activities, the creation of tools to support the practice of care, such as bibliographic media and performance protocols, preparing of an intervention project in the working environment .

The personal empowerment as well as the child and family and the teams with whom we share this route was the result of the commitment and dedication in developing practices that strive for excellence of care and the Best Interest of the Child.

Key words : Maltreatment , Child and Family , Prevention , Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1.1. Contextualização e justificação da problemática	12
1.2. O enfermeiro na prevenção dos maus-tratos à criança	20
1.3. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman: contributos para uma perspetiva do cuidar em situação de maus-tratos	23
2. RE(PENSAR) O ESTÁGIO: PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	26
2.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	26
2.2. Centro de Desenvolvimento Infantil	37
2.3. Unidade de Cuidados Intermédios e Intensivos Neonatais	41
2.4. Serviço de Urgência Pediátrica	46
2.5. Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados	54
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
APÊNDICES	
Apêndice I- Folheto de Divulgação do NACJR	
Apêndice II- Poster de Divulgação da Ação de Formação “Crianças e Jovens em Risco: Conhecer para Cuidar”	
Apêndice III- Plano de Ação Formação “Crianças e Jovens em Risco: conhecer para cuidar”	
Apêndice IV- Diapositivos da Ação de Formação “Crianças e Jovens em Risco: conhecer para cuidar”	
Apêndice V- Grelha de Avaliação da Ação de Formação “Crianças e Jovens em Risco: conhecer para cuidar”	
Apêndice VI- Avaliação da Ação de Formação “Crianças e Jovens em Risco: conhecer para cuidar”	
Apêndice VII- Procedimento Setorial Urgência Pediátrica “ Cuidados de Enfermagem à criança e família em situação de maus-tratos”	
Apêndice XVIII- Plano de ação formativa “Criança e Família em situação de maus-tratos:	

Cuidar na Urgência Pediátrica”

Apêndice XIX- Póster de Divulgação da Ação de Formação “A Criança e Família em Situação de maus-tratos: Cuidar na Urgência Pediátrica”

Apêndice X- Diapositivos da Ação de Formação “A criança e família em situação de maus-tratos : cuidar na urgência pediátrica”

Apêndice XI- Grelha de Avaliação da Ação Formativa “A criança e família em situação de maus-tratos: Cuidar na Urgência Pediátrica”

Apêndice XII- Avaliação da Ação de Formação “A Criança e família em situação de maus-tratos: cuidar na Urgência Pediátrica”

Apêndice XIII- Guião de Entrevista

Apêndice XIV- Registos e observações nas entrevistas

Apêndice XV- Proposta de projeto de intervenção para a UCPQ

Apêndice XVI- Plano de Ação de Formação “A Criança e Família em Situação de Maus-tratos: Cuidar na Unidade de UCPQ”

Apêndice XVII- Diapositivos da Ação de Formação “A Criança e Família em Situação de Maus-tratos: Cuidar na Unidade de UCPQ”

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e pretende descrever o percurso formativo durante a Unidade Curricular de Estágio com Relatório (UCER). Com este trabalho daremos visibilidade a um processo de aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria (EESIP), decorrentes da prática clínica em vários contextos, de processos de análise reflexiva e da evidência científica.

Ao longo deste processo centrámo-nos na problemática dos maus-tratos à criança e na prevenção como intervenção em enfermagem, sob o olhar do Modelo de Sistemas de Betty Neuman e a filosofia dos cuidados centrados na família. A temática escolhida insere-se numa área de atuação particular do EESIP relacionada com o diagnóstico precoce e intervenção nas situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e jovem, embora a complexidade dos maus-tratos exija esferas de ação do EESIP mais abrangentes, que incluem nomeadamente os focos de intervenção relativos à promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e à manutenção do seu bem-estar.

Com a perspetiva da promoção da qualidade no **Cuidar da criança e da família em situação de maus-tratos em contexto hospitalar**, sendo este o da nossa prática profissional, escolhemos os contextos da prática clínica sustentando-nos no seu potencial para otimizar a experiência de Estágio e nas recomendações da Ordem dos Enfermeiros. A UCER decorreu numa unidade de cuidados de saúde personalizados, numa unidade de cuidados intensivos e intermédios neonatais, num centro de desenvolvimento infantil, num serviço de urgência pediátrica e numa unidade de cirurgia pediátrica e queimados, no período de 1 de Outubro de 2012 a 15 de Fevereiro de 2013.

A metodologia utilizada na elaboração deste trabalho foi a descritiva e reflexiva. Do ponto de vista estrutural, o relatório apresenta-se sob a forma de três capítulos. No primeiro capítulo procedemos à contextualização do percurso formativo, a qual contempla, os fundamentos da experiência profissional e teóricos que contextualizam e justificam a escolha da problemática escolhida. Posteriormente, no segundo capítulo são descritas e analisadas as atividades

desenvolvidas nos vários contextos da prática e a sua relevância no desenvolvimento de competências. No terceiro fazem-se breves considerações sobre as mudanças resultantes do processo formativo ao nível do desenvolvimento pessoal e profissional, as dificuldades sentidas e perspectiva futura. Por fim, apresentam-se as referências bibliográficas do trabalho, seguido dos apêndices.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo apresentamos alguns elementos da experiência e teóricos que justificam e contextualizam o percurso formativo delineado que tem como foco de atenção no cuidar em enfermagem, a violência contra a criança. Estes elementos permitiram um entrosamento na problemática escolhida e deram estrutura ao nosso pensamento ao longo do caminho percorrido de desenvolvimento de competências de EESIP.

1.1. Contextualização e justificação da problemática

O percurso formativo exposto neste relatório, teve como instrumento orientador um projeto elaborado no âmbito da Unidade Curricular Opção II, integrado no plano curricular do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Para a escolha do tema do projeto mobilizámos a experiência pessoal e profissional, emergindo a partir delas o primeiro ímpeto para a definição do **Cuidar da Criança e da Família em Situação de Maus-tratos** como temática para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

Toda a experiência como profissional de enfermagem resultou da prestação de cuidados à criança e família em contexto hospitalar. Ao longo da prática clínica numa Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados (UCPQ) foi possível desenvolver atividades e competências que se inscrevem no âmbito das competências especializadas gerais e nas da nossa área de especialização. Tal como afirma Benner, “a prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento” (Benner, 2001). Também a este propósito outros autores consideram que os saberes, enquanto expressão da competência profissional, decorrem do conhecimento na ação e resultam de uma integração subjetiva e dinâmica da experiência, pela transformação do conhecimento e por um agir contextualizado (Serrano, Costa, & Costa, 2011). As aprendizagens profissionais significativas resultam então da experiência vivida, refletida e partilhada. Tendo em conta estas experiências, consideramos ser profissionais de enfermagem, competentes, proficientes e mesmo peritos em algumas áreas de intervenção (Benner, 2001). Não obstante, existem outras que emergiram como necessárias para o desenvolvimento profissional. O contexto de trabalho permitiu-nos tomar contato mais

próximo com a realidade dos maus-tratos à criança. Por vezes são o motivo da hospitalização da mesma, apresentando feridas traumáticas não acidentais ou condições de saúde crônicas agravadas por negligência dos pais ou outros cuidadores. Outras vezes contatamos com crianças institucionalizadas ou à responsabilidade de familiares que não os pais, por história de maus-tratos. Todas estas situações têm evidenciado dificuldades na gestão das emoções, na comunicação com a criança e família, insuficiente articulação com os recursos intra e interinstitucionais, dificuldades na tomada de decisão, o que coloca constrangimentos para a prevenção primária, detecção dos maus-tratos e apoio à crianças e família.

A consciência de ser preciso “fazer algo mais” e a vontade de desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à criança e família em situação de maus-tratos, surge a par da necessidade de formação nesta área pela equipa de enfermagem, expressada através do diagnóstico formativo de 2011, ainda não colmatada. Também o relatório de atividades de 2011 do Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR) da nossa instituição, revelou que 187 crianças foram notificadas, 9% necessitaram de internamento, 58% das crianças e famílias já tinham sido identificadas na comunidade e estavam a ser acompanhadas, e os serviços de saúde constituíram 20% das entidades de encaminhamento após a alta hospitalar (Lopes, 2011). Estes dados reforçam e justificam o nosso interesse e a necessidade de aumentarmos o corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico que se reflita em habilidades nos processos de tomada de decisão; de desenvolvimento de competências relacionadas com a promoção de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais, o planeamento e liderança de programas de melhoria da qualidade, desenvolvimento do auto- conhecimento e assertividade e uma praxis clínica especializada baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (Ordem dos Enfermeiros, 2010). No âmbito da Saúde Infantil e Pediatria (SIP), consideramos importante melhorar a assistência da criança e família na maximização da sua saúde, com ênfase no diagnóstico precoce e intervenção em situações de risco, a mobilização de recursos oportunamente para cuidar da criança e família em situações de especial complexidade e a promoção da maximização do potencial de desenvolvimento, assumindo relevância a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e a comunicação com a criança e família (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O desenvolvimento desta temática incide então em intervenções de enfermagem, que assegurem cuidados de qualidade à criança e família, pela promoção da prevenção (aos três níveis) de situações de maus-tratos.

A violência, nomeadamente a perpetrada contra a criança, foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde e outras organizações internacionais como um problema de saúde pública. O conceito de violência é abrangente, complexo e não consensual. A violência pode ser entendida como “o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação” (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002). Enquanto foco de enfermagem é definida como uma “demonstração enérgica de acções ou do uso desleal de força ou de poder com a finalidade de ferir, causar dano, maus-tratos ou atacar: acções violentas, prejudiciais, ilegais ou culturalmente proibidas para com os outros; estado de luta ou conflito pelo poder” (Ordem dos Enfermeiros, 2011). No que concerne à violência contra a criança, enquanto violência interpessoal, a designação de maus-tratos ou abuso é a mais utilizada na literatura, constituindo “todas as formas de tratamento físico, emocional, abuso sexual, negligência (...) resultando em dano atual ou potencial para a saúde da criança, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade, num contexto de responsabilidade, confiança e poder” (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002). Na perspetiva de Magalhães os maus-tratos podem manifestar-se por comportamentos activos (físicos, emocionais ou sexuais) ou passivos (omissão ou negligência nos cuidados e(ou) afectos.” (Magalhães, 2002, p. 33)

A real expressão deste fenómeno, dada a sua complexidade e um elevado grau de invisibilidade, não é totalmente conhecida mas alguns dados do nosso país permitem-nos tomar consciência da pertinência de nos debruçarmos sobre este problema e da exigência de fazermos tudo o que está ao nosso alcance, enquanto profissionais do cuidado humano, para que as crianças vejam os seus direitos assegurados, possam crescer livre de abuso e negligência e se desenvolvam em toda a sua plenitude. Um estudo relativo à mortalidade associada aos maus tratos infantis entre 2003-2008, revelou que Portugal é um dos países da OCDE com maior taxa de mortes por lesão acidental associada a negligência, a par de países como o México, Estónia, Nova Zelândia, Brasil, Republica Checa e Rússia (OECD, 2011). Em 2009, cerca de doze mil crianças estavam institucionalizadas, contribuindo significativamente para este afastamento do lar e consequente interrupção do seu projeto de vida, situações de negligência, abandono, abuso sexual entre outros maus-tratos (Ordem dos Enfermeiros, 2011). No ano de 2011, foram sinalizadas às entidades de saúde competentes na área, 5518 situações de maus-tratos a crianças, prevalecendo as relacionadas com negligência

e maus tratos psicológicos (Direção-Geral da Saúde, 2012). De um universo de 8945 vítimas de violência referenciadas à Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) no ano de 2012, 9,9% foram crianças e jovens sendo os contextos prevalentes à ocorrência da mesma, o domicílio, sendo importante realçar que os agressores na sua maioria estabeleciam relações de parentalidade com as mesmas (APAV, 2013). Os maus tratos podem desenrolar-se nos vários contextos em que a criança vive e se desenvolve, desde a sua própria casa e família, a contextos educativos, instituições de saúde e sociais, no trabalho e comunidade (Pinheiro, 2006). Os dados internacionais e os que acabamos de elencar dão a conhecer uma incidência prevalente ao nível do contexto familiar.

Sabemos que todos os estímulos ambientais, quer humanos, quer físicos, políticos, económicos, culturais e/ou organizacionais têm impacto no crescimento e desenvolvimento da criança, desejando-se que estes sejam promotores da saúde, proporcionando a sustentação emocional e os cuidados à criança, promovendo igualmente a sua independência e respetivo desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2011). O enfermeiro, na prática de cuidados necessita de focalizar a sua intervenção na interdependência da criança-família-ambiente, considerando os fatores protetores e stressores associados às suas vivências (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Quando falamos da ocorrência de maus-tratos em contexto familiar, este facto torna-se especialmente relevante tendo em conta o papel e a responsabilidade da família. A família é o elemento natural e fundamental da sociedade e o meio natural para o crescimento, desenvolvimento e bem-estar dos seus membros em especial da criança. Os pais e família são o principal contexto da criança, estando esta dependente dos seus cuidados para que as suas necessidades sejam atendidas, com vista ao seu crescimento e desenvolvimento saudável, a uma progressiva aquisição de novas capacidades e conhecimentos no sentido da independência e autonomia. Estes pressupostos fundamentam que a criança e a família sejam alvo da intervenção do enfermeiro, numa filosofia de cuidados centrados na família.

Na Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) pode ler-se que “a criança, para o desenvolvimento harmonioso da sua personalidade, deve crescer, num ambiente familiar, em clima de felicidade, amor” (UNICEF, 2004, p. 3), e que “a responsabilidade primária da educação e desenvolvimento da criança é assegurada pelos pais, devendo por isso ser dada assistência adequada no exercício dessa responsabilidade. No entanto, “O Estado deve proteger a criança contra todas as formas de maus-tratos por parte dos pais ou de outros

responsáveis pelas crianças” (UNICEF, 2004, p. 13). A exposição da criança à violência no contexto familiar, quer por maus-tratos diretos quer através da vivência de situações de violência entre os pais ou outros familiares deverá preocupar-nos ainda pelo fenómeno que se designa de violência transgeracional. Este fenómeno consiste na reprodução e perpetuação de comportamentos violentos nas relações interpessoais ao longo das gerações. As crianças que sofrem maus-tratos ou observam comportamentos e condutas violentas por parte dos pais, apreendem papéis, valores morais que legitimam os maus-tratos, aumentando a probabilidade de reproduzirem nas suas relações sociais, quer ainda na infância, ou na vida adulta, comportamentos agressivos ou de vitimação. Se os pais proporcionarem um ambiente livre de violência, isso constituirá um fator protetor para o desenvolvimento de modelos positivos de relações e formas mais eficazes de lidar com os conflitos (Oliveira, 2009). Uma família unida, caracterizada por vínculos fortes e formas de disciplina não violentas tem ainda um enorme potencial na proteção da criança da realidade urbana violenta. Minimiza o risco da criança se envolver em formas de violência e crime comunitários, de ser vítima dos mesmos e no caso da sua efetivação, a família é o elemento de suporte fundamental na recuperação de possíveis sequelas daí decorrentes (UNICEF, 2012).

A violência deve ser compreendida como uma entidade complexa, resultando da ação recíproca entre vários fatores: individuais, relacionais, da comunidade e sociais. A vulnerabilidade da criança a uma situação de maus-tratos é determinada pela conjugação de fatores de risco e proteção que incluem as características da criança, da família, os contextos socioculturais, económicos e políticos. A maioria dos fatores acaba por expressar-se num contínuo, podendo constituir-se como fator de risco ou como fator de proteção (Calheiros, Garrido, & Santos, 2012). Os fatores de risco dizem respeito a “qualquer tipo de influência(s) que aumente a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus-tratos (...) representando (...) variáveis biopsicossociais, que no meio onde ocorrem podem potenciar alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização da criança” (Direcção-Geral da Saúde, 2011, p. 11). Os fatores de proteção incluem variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social e podem remover ou minorar o impacto dos fatores de risco (Direcção-Geral da Saúde, 2011). A estabilidade familiar constitui-se como um aspeto importante no contexto dos maus-tratos, sendo que a existência de fatores de *stress* influenciando a família, é potenciadora da sua ocorrência. Alguns destes fatores são a insegurança económica, a inadequação da habitação,

instabilidade laboral, a morte de familiares, separação/divórcio, conflitos e violência intrafamiliar ou comunitária, gravidez e nascimento. Outros fatores de risco são o abuso ou dependência de substâncias, a parentalidade adolescente, a história de maus-tratos na infância dos pais, saúde mental dos pais, a vivência em contextos de pobreza. Igualmente relevantes, podendo constituir-se como “amortecedores” da ação de stressores (proteção) ou pelo contrário seus potenciadores (risco), são os fatores relacionados com a autoestima e autoconceito, o temperamento, o comportamento, a capacidade de resolução de problemas, as suas competências sociais, o tamanho, estrutura e coesão familiares, bem como a vinculação pais-criança, a comunicação familiar, as competências parentais, os mecanismos de *coping* e o suporte social da criança e família (Calheiros, Garrido, & Santos, 2012). As crianças com deficiência ou incapacidade, as crianças não desejadas pelos pais, que nasceram prematuramente, com baixo-peso, ou de nascimento múltiplo, as crianças com doenças crônicas ou problemas comportamentais são especialmente vulneráveis aos maus tratos, por estarem associadas a estas condições, dificuldades na vinculação pais-filho e maiores exigências no desempenho do papel parental (Pinheiro, 2006; Sullivan, 2009).

É consensual entre os peritos e investigadores que a violência e os maus-tratos durante a infância e adolescência, desenrolam-se de forma insidiosa e têm repercussões negativas no crescimento e desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia, e dignidade destes indivíduos, podendo gerar problemas aos níveis físico, cognitivo, psicológico afetivo e social que se podem prolongar a médio ou longo prazo (Gibson & Lyinn, 2008; MacMillan, 2008). A literatura apresenta-nos dados sobre o valor cumulativo das situações de maus-tratos no impacto do mesmo sobre a criança, verificando-se que vários tipos de maus-tratos ou situações de violência, tendem a estar interligados e a ocorrer por vezes simultaneamente na vida da criança (Pinheiro, 2006). Por outro lado, a existência deste stressor em fases iniciais do desenvolvimento da criança e a sua persistência ao longo de várias fases de desenvolvimento, traduz-se em risco acrescido para a saúde e bem-estar da criança, por prejudicar o domínio de tarefas desenvolvimentais precoces, diminuindo assim a probabilidade de a criança ter subsequente suporte e oportunidades para se desviar de um percurso não adaptado (Jaffee & Maikovich-Fong, 2011).

Face a este carácter complexo e multifacetado dos maus-tratos e as suas implicações, uma resposta eficaz à violência é aquela que não só protege e suporta as vítimas, mas também que

promove a não-violência, reduz a sua perpetuação e muda as circunstâncias e condições que lhe dão origem (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002). A intervenção inscreve-se ao nível da prevenção primária, através de abordagens que previnam a ocorrência dos maus-tratos; da prevenção secundária, focando-se em respostas imediatas à violência quando ocorre; e da prevenção terciária, integrando os cuidados a longo prazo, como a reabilitação e reintegração da criança e família, com o objetivo de minimizar o trauma ou reduzir a incapacidade que advêm dos maus-tratos. Considerando todas as variáveis implicadas nos maus-tratos, estas têm de ser consideradas como pontos-chave na intervenção. As estratégias de prevenção e proteção devem ser desenvolvidas em conjunto, equilibradas no âmbito de uma estratégia global que considere as questões das políticas sociais, reformas legislativas, programas e serviços de prevenção e cuidados e estratégias para promover mudanças de atitudes e comportamentos (Pinheiro, 2006). Esta abordagem sistémica e sistemática deve assentar na coordenação de esforços e ações de diferentes sectores da sociedade, exigindo a colaboração de equipas transdisciplinares e uma correta articulação de recursos. A prevenção assume-se hoje como um processo de responsabilidade partilhada entre todos os cidadãos e todos os sectores da sociedade, considerando-se que só desta forma se poderá construir um tipo de reciprocidade e apoio mútuo, essencial para alcançar elevados padrões de cuidados à criança (Doll, Bonzo, Sleet, & Mercy, 2007).

As estratégias preventivas dos maus-tratos à criança no contexto familiar devem ser sustentadas na evidência científica, visar a redução dos fatores de risco e fortalecer os fatores de proteção, incluir mecanismos de avaliação do impacto da estratégias implementadas e serem perspectivadas num quadro mais amplo da violência contra a criança. A literatura aponta para a existência de múltiplas e variadas estratégias de prevenção. As relacionadas com o suporte dado aos pais e família incluem as ações ao nível dos cuidados de saúde maternos e primeira infância, a visitação domiciliária, programas de educação parental, programas de intervenção precoce, apoio às famílias com crianças com deficiência e incapacidades. São igualmente relevantes na prevenção, programas e iniciativas no âmbito escolar e comunitário que capacitem as crianças a reconhecerem e a evitarem situações de risco. As linhas de apoio à criança e programas de intervenção com metodologias “amigas das crianças” constituem estratégias favoráveis à revelação por parte da criança das situações de maus-tratos. A formação, treino, instrumentos de trabalho e outros sistemas de suporte dos profissionais de saúde, são estratégias identificadas como essenciais para a deteção e intervenção precoce, e

para o apoio das crianças vítimas de violência. A referenciação pelos profissionais, como enfermeiros, médicos, professores e técnicos sociais, a existência de sistemas de partilha de informação e cooperação entre os vários responsáveis dos diferentes sectores parecem constituir-se como fundamentais no âmbito da prevenção dos maus tratos e proteção da criança (Pinheiro, 2006).

A grande relevância para a intervenção nos maus-tratos insere-se, no âmbito da produção legislativa, a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei nº147/99 de 1 de Setembro, 1999), decretada na Constituição Portuguesa em 1999, que explicita os princípios orientadores da intervenção no âmbito da promoção e proteção dos indivíduos nestas idades, por forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral, num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes atores da sociedade, numa relação de parceria com o Estado, concretizada nas Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ). A responsabilidade dos enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, insere-se ao nível de uma “primeira linha” de intervenção, devendo atuar até à remoção do perigo. Em 2007 a Direcção-Geral de Saúde, criou a Acção de Saúde para as Crianças e Jovens em Risco, que estabelece como missão apoiar e orientar a intervenção da saúde nas crianças e jovens em risco, com vista a uma efetiva prevenção dos maus-tratos e melhoria de resposta do Serviço Nacional de Saúde a esta problemática. (Direcção-Geral da Saúde, 2008). Para a sua operacionalização foi criada uma rede estruturada de Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco, ao nível dos cuidados de saúde primários e nos hospitais de atendimento pediátrico. São equipas multidisciplinares, que têm necessariamente na sua constituição um enfermeiro, e que assumem a missão de assessorar os profissionais na “primeira linha” de cuidados. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) agora em apreciação pública reflete também a relevância dada à intervenção nos maus-tratos, sendo dado um novo enfoque, em relação Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil de 2005 (Direcção-Geral da Saúde, 2013), pretendendo introduzir os maus-tratos como uma entidade clínica a considerar na vigilância da saúde da criança e do Jovem, de forma a impedir que ocorram, ou a serem detetados o mais precoce possível (Menezes, 2013).

Embora os enfermeiros das equipas de cuidados de saúde primários tenham, pela proximidade com a comunidade e pelos cuidados diversificados que prestam, um papel fundamental na promoção da saúde e proteção das crianças, todos os contextos e nomeadamente o hospitalar

são locais importantes para que a intervenção nos maus-tratos constitua um foco de especial atenção nas boas práticas dos enfermeiros. Estes podem ser “um segundo filtro” na deteção, apoio no acompanhamento da criança e família e referenciação ou serem os primeiros profissionais a tomar contacto com as situações de maus-tratos. Contudo, para que a resposta adequada se torne efetiva, é necessário os profissionais estarem sensibilizados para a problemática, motivados e dotados de competências apropriadas (Direcção-Geral da Saúde, 2007). O enfermeiro tem um papel preponderante e privilegiado no contexto dos cuidados de saúde, face à natureza e âmbito da sua atuação junto da população em geral e da criança e da família em particular, podendo constituir-se como o primeiro interveniente a quebrar um ciclo de violência.

1.2. O enfermeiro na prevenção dos maus-tratos à criança

A ciência e profissão de enfermagem tem demonstrado uma preocupação constante por todos os aspetos que se relacionam com o respeito integral da pessoa humana, traduzida quer pelos estudos que desenvolve quer pela legislação que a enquadra. Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, a prevenção da doença ao longo de todo o ciclo vital, a promoção dos processos de readaptação; têm por fundamento a interação enfermeiro-utente, indivíduo, família, grupos e comunidade, devendo ser regulada por uma conduta responsável e ética do enfermeiro, que atua no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (Ordem dos Enfermeiros, 2012). A deontologia profissional do enfermeiro, determina no seu artigo 81º que “o enfermeiro no seu exercício (...) assume o dever de (...) Salvar e proteger os direitos das crianças e protegê-las de qualquer forma de abuso” .

A CDC, adotada pelas Nações Unidas a 20 de Novembro de 1989 e ratificada pelo estado português a 21 de Setembro de 1990, configura um quadro de princípios legais e normas orientadoras no desenvolvimento de leis, políticas e práticas relativas à criança, estando nelas incluídas medidas para a prevenção e proteção da criança de todas as formas de violência (Pinheiro, 2006). A situação atual da criança, traduz uma incoerência entre o dever ser da CDC e a existência de contextos que expõem a criança à violência.

O EESIP, tomando como foco de atenção a violência contra a criança e determinando as necessidades de cuidados da criança e família, pode intervir em diferentes contextos, visando

a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2011), respeitando, protegendo e promovendo ativamente os direitos das crianças. O papel do enfermeiro na intervenção nos maus-tratos está suportado na investigação. A revisão da literatura levada a cabo por Keys (2007), dá visibilidade ao envolvimento e intervenção aos três níveis de prevenção, revelando as atividades que os enfermeiros desenvolvem, as competências inerentes, e alguns desafios com os quais se deparam.

No âmbito da **prevenção primária**, os programas de visita domiciliária desenvolvidos pelos enfermeiros são considerados como efetivos na promoção da parentalidade positiva e na qualidade do ambiente familiar (Keys, 2007). Neste âmbito MacMillan (2008) destaca o *Nurse Family Partnership* (NFP), que consiste num programa de visita domiciliária no qual as enfermeiras assistem as mães de primeira vez, predominantemente adolescentes, solteiras e com baixos recursos económicos, desde a gravidez até aos dois anos da criança. Promovem uma gravidez saudável, o desenvolvimento, crescimento da criança e parentalidade positivas, assistem as mulheres na construção de relações, e atuam como elo de ligação entre as mulheres, a família, e os serviços de saúde e comunidade. A perícia na promoção da saúde torna o enfermeiro um importante membro da equipa interdisciplinar nos esforços direcionados para a prevenção dos maus-tratos. O conhecimento dos fatores de risco, a avaliação dirigida, intervenções relevantes para o desenvolvimento de famílias saudáveis e encaminhamentos corretos têm um grande potencial para alcançar este objetivo da prevenção (Notarianni, Clements, & Tillman, 2007). A identificação de fatores de risco e intervenção precoce tem efeitos positivos na prevenção da ocorrência dos maus-tratos mas também na recorrência dos mesmos e nos efeitos a longo-prazo na saúde da criança e da família. Contudo, a literatura reporta-nos que os enfermeiros sabem identificar indicadores de maus tratos mas poucos se envolvem na deteção de fatores de risco de modo à identificação e intervenção precoces (Eisbach, 2009).

Ainda assim, Keys (2007) vem reforçar o papel fundamental que o enfermeiro assume ao nível da **prevenção secundária e terciária**, ao avaliar a vulnerabilidade da criança e da família, estando inerente ao seu processo de tomada de decisão clínica. O reconhecimento de sinais e sintomas de maus-tratos é sem dúvida condição primordial para a manutenção da segurança da criança, mas a identificação das crianças de risco e a intervenção atempada pelos

enfermeiros poderá contribuir para a não perpetração dos maus-tratos. Um estudo de Adams & Hayes (2005) mostrou que a maior parte dos enfermeiros não avaliam e/ou documentam mal os fatores de risco associados aos maus-tratos, sugerindo uma necessidade de mais formação dos enfermeiros que traduza uma maior importância atribuída à identificação das famílias em risco. Os enfermeiros são muitas vezes os primeiros profissionais de saúde a suspeitar da existência de maus-tratos e estão numa posição privilegiada no seio da equipa para reportarem esta situação, providenciar intervenção na crise e apoiar as famílias vulneráveis. É imperativo que os enfermeiros reconheçam estes sinais e sintomas e respondam apropriadamente, recolhendo toda a informação necessária. As crianças vítimas de maus-tratos têm necessidades complexas e requerem intervenções imediatas que garantam a sua proteção e intervenções a longo prazo que as apoiem, focadas no desenvolvimento de estratégias de *coping*.

O estudo desenvolvido por Eishbach (2009) identificou que o cuidar da criança vítima de maus-tratos se iniciava com a avaliação da criança e família, na qual a enfermeira identificava o evento violento ou indicadores potenciais que sugerem risco ou a sua ocorrência. Os enfermeiros que avaliaram a família, o sistema e os seus recursos de forma positiva prestaram cuidados integrados e mais complexos. Para além da referenciação, os enfermeiros com uma abordagem terapêutica continuaram o seu processo através de encaminhamentos, providenciando intervenções terapêuticas e continuamente avaliando as necessidades da criança e família. Providenciando uma rede de suporte e cuidando de toda a família os enfermeiros têm possibilidade de favorecer os pontos fortes da criança e família. Foi reconhecida a importância de uma abordagem em equipa, sugerindo a autora que o enfermeiro poderá assumir um papel enquanto gestor de caso, coordenando as ações do plano terapêutico. Ao longo do processo de enfermagem o enfermeiro assume um papel ativo no desenvolvimento das forças da criança e família, estabelecendo uma relação de parceria com o sistema e uma abordagem multidisciplinar, incorporando a perícia de todos os seus membros (Eisbach, 2009). No entanto, existem fatores que medeiam a prática de cuidados, atuando como barreiras ou facilitadores no processo de cuidado. Os estudos sugerem que os profissionais de saúde se sentem desconfortáveis no processo de identificação de maus-tratos por se sentirem inadequadamente preparados na avaliação das famílias maltratantes, dada a complexidade do problema. A falta de formação impede o reconhecimento e a resposta adequada, sendo que os enfermeiros da comunidade foram identificados como os

profissionais de saúde com mais capacidade para reconhecer sinais de maus-tratos e responder de forma apropriada. (Lazenbatt & Freeman, 2006). A falta de tempo, as questões culturais/linguagem e a presença do elemento maltratante foram também identificadas como barreiras ao questionamento acerca da violência doméstica (Beymon, Gutmanis, & MacMillan, 2012). O treino focado no desenvolvimento de conhecimento e competências, o aconselhamento e a existência de protocolos institucionais e organogramas de atuação contribuem para o desenvolvimento da prática (Bournsnel & Prosser, 2010; Tingberg, Bredlov, & Ygge, 2008). Também Land e Barclay (2008) isolaram três áreas que influenciam a intervenção efetiva dos enfermeiros na proteção da criança: as próprias estruturas organizacionais, as práticas institucionais e quadros legislativos, salientando é preciso desenvolver as práticas de colaboração interdisciplinar, protocolos que sustentem a prática de cuidados. O conhecimento de recursos comunitários e o suporte profissional foram ainda aspetos facilitadores encontrados na literatura (Beymon, Gutmanis, & MacMillan, 2012).

A percepção de incerteza e medo pode impedir esforços nos cuidados, criando um dilema moral. Os enfermeiros sentem dificuldades em manter uma relação terapêutica com os pais, por vezes, pela necessidade de referenciação às entidades competentes de proteção da criança. O envolvimento em situações de proteção da criança tem um impacto emocional importante nos enfermeiros, o que pode gerar em dificuldades na comunicação interprofissional. É importante para os enfermeiros terem informação processual e suporte individual (Rowse, 2009)

1.3 O Modelo de Sistemas de Betty Neuman em enfermagem pediátrica: contributos para uma perspetiva do cuidar em situação de maus-tratos

A forma como nos debruçamos sobre um problema depende do modo como cada um de nós olha para ele. Embora os enfermeiros desenvolvam as suas práticas com uma perspetiva comum que se prende aos fundamentos e pensamento de enfermagem sobre o cuidado humano, muitos fatores determinam a sua perspetiva do cuidar. A este propósito Honoré refere que “Não existe perspetiva do cuidar única, mas tantas perspetivas quantos os sujeitos que “abrem os olhos” e, para um mesmo sujeito, tantas perspectivas quantas as mudanças na sua história e no quadro em que se encontra.” (Honoré, 2013, p. 23). Deste modo, e reconhecendo que o uso de um instrumento teórico permite a utilização de uma abordagem sistemática e compreensiva da prática de enfermagem, ajudando-nos a pensar criticamente no

processo de prestação de cuidados (Masters, 2009), integrámos na nossa perspetiva do cuidar a criança, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman. Consideramos que este modelo proporciona estrutura, organização e direção para a ação de enfermagem e é flexível o suficiente para lidar adequadamente com a complexidade da criança e família e os maus-tratos enquanto stressor relevante nas suas vidas (Neuman, 1995). A prática dos cuidados centrados na família em enfermagem pediátrica foi perspectivada segundo este modelo.

O modelo de sistemas de Neuman é orientado para a saúde, defendendo uma visão holística do bem-estar, apresentando o cliente, que tanto pode ser o indivíduo, família, grupo, comunidade, como um sistema em constante interação com o ambiente, numa troca dinâmica de energia, num continuum estado de equilíbrio-desequilíbrio (Neuman, 1995; Neuman, 2011). O cliente no nosso caso, será a criança e a sua família, sendo esta um sistema aberto em contacto com o seu ambiente e em permanente mudança, constituído por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. (Neuman, 2011). A estrutura básica da criança e família está rodeada por um conjunto de dimensões concêntricas que funcionam como mecanismos de proteção para preservar a integridade do sistema e são compostos por elementos protetores relacionados com as cinco variáveis.

A criança e família estão sujeitas a fatores de *stress* intrapessoais (ambiente interno/ambiente criado), interpessoais e extrapessoais (ambiente externo/ambiente criado) e utilizam energia para se protegerem através da linha flexível de defesa (que funciona como filtro dinâmico que protege a linha normal de defesa da invasão de um stressor), da linha normal de defesa (estado normal de bem-estar da criança que responde aos *stressores* internos e externos) e linhas de resistência (que conduzem o sistema ao seu habitual estado de bem-estar) (Neuman, 2011). A saúde é um processo dinâmico, constantemente sujeito a mudanças, e o nível de bem estar é determinado pela estabilidade ótima do sistema. A estabilidade implica um estado de equilíbrio na troca de energia entre o sistema e o ambiente para lidar de forma adequada com a imposição dos stressores. Sob a perspetiva deste modelo, o propósito da prática de enfermagem de saúde infantil e pediatria será assistir a criança e família, num contexto de parceria na retenção, na obtenção e manutenção da estabilidade ótima do sistema – o melhor estado de bem-estar possível – focando a sua atenção nas atuais ou potenciais reações a stressores intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais, provenientes do seu ambiente interno ou externo (McDowell B. , 2011).

Neuman (1995;2011) define uma tipologia de intervenções sob o formato de prevenção como intervenção, podendo esta ocorrer aos três níveis de prevenção – primária, secundária e terciária- dependendo do grau de invasão do sistema pelo stressor. A prevenção primária como intervenção é usada para a retenção do bem-estar, protegendo a linha normal de defesa através do fortalecimento da linha flexível de defesa. O objetivo é promover o bem-estar através da prevenção do *stress* e redução dos fatores de risco, o que inclui a mobilização de várias estratégias para a promoção da saúde. A prevenção secundária inicia-se quando não é possível evitar estes fatores de *stress* e tem como objetivo atingir o bem-estar através do fortalecimento das linhas internas de resistência. A intervenção terciária tem como objetivo proteger o sistema da criança, reforçando a resistência aos stressores e prevenindo a recorrência da reação ou regressão (Neuman, 2011). A avaliação e diagnóstico usando o Modelo de Sistemas de Neuman, envolve uma abordagem do sistema holisticamente, através da inclusão das variáveis socioculturais, desenvolvimentais, espirituais, fisiológicas e psicológicas, para a compreensão das suas necessidades, das suas forças, preocupações, emoções. A percepção da criança e da família bem como a do enfermeiro acerca dos stressores e necessidades são consideradas determinantes para o estabelecimento de metas e objetivos relevantes e congruentes, pelo que a tomada de decisão deve resultar da participação ativa de todos os elementos. Os objetivos da intervenção devem ser estabelecidos em parceria, com a família e com a criança, e os cuidados culturalmente competentes e congruentes com os valores, crenças, necessidades e desejos da criança e da família (McDowell B. , 2011).

Uma abordagem holística permitirá ao enfermeiro compreender assim o *stressor* dos maus-tratos, relacionando-o com diversos fatores de risco e com potencial para introduzir uma perturbação no sistema criança e família. Pode intervir no sentido de evitá-lo, potenciando a linha flexível de defesa, ou quando isso não é possível, pode identificar a situação e atuar precocemente com a criança e família. A um nível de prevenção terciária, cabe-lhe assistir a criança e família a recuperar a sua estabilidade, impedindo a recorrência das mesmas respostas e procurando continuamente a sua homeostasia. (McDowell, 2006).

2.(RE)PENSAR O ESTÁGIO: PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo expomos aquele que consideramos ter sido um caminho consistente, empenhado e ativo de aprendizagem, onde procurámos (re)construir conhecimento e práticas. De acordo com Le Boterf (2006), um profissional que age com competência e que é reconhecido como tal, ativa três dimensões da competência: a mobilização dos recursos pessoais e dos contextos, a condução de práticas pertinentes em relação aos objetivos a atingir, e a reflexão na ação e sobre a ação. De modo a evidenciar estes aspetos, estruturamos este capítulo, em cinco subcapítulos, remetendo para as práticas em cada um dos contextos clínicos escolhidos. De forma sucinta salientamos as atividades mais relevantes que contribuíram para a consecução dos seguintes objetivos transversais: desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria no âmbito da prevenção dos maus-tratos; Mobilizar a equipa de enfermagem no contexto de trabalho para a melhoria dos cuidados à criança no âmbito dos maus-tratos.

2.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

A nossa experiência profissional é em contexto hospitalar pelo que optámos por iniciar o percurso formativo em cuidados de saúde primários (CSP), sendo este o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham (ICN, 2008). Foi ao nível de uma UCSP que integrámos uma equipa de saúde multidisciplinar vocacionada para a prestação de cuidados personalizados e continuados aos indivíduos e família. Esta UCSP está integrada num ACES de Lisboa Norte, articulando-se com outras unidades funcionais do seu respetivo Centro de Saúde, nomeadamente mais duas UCSP localizadas em freguesias diferentes, uma USF, uma USP e uma UCC, encontrando-se no mesmo edifício da UCSP que constituiu o nosso contexto das práticas, facilitando a proximidade das equipas e a otimização dos recursos. No âmbito da saúde infantil, a UCSP em questão disponibiliza às crianças e famílias, o Programa de Vacinação, Programa de Saúde Oral, Programa de saúde escolar, Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil, e o Cantinho da Amamentação. Leva ainda a cabo um projeto de

intervenção comunitária, operacionalizado através de uma Unidade Móvel. Ainda nas instalações da UCSP está sediado o NACJR, que pela respetiva organização, constitui a unidade funcional mais adequada à sua inserção, indo de encontro ao disposto pelo despacho 31292/2008, de 5 de Dezembro (Despacho nº31292/2008 de 5 de Dezembro, 2008). O hospital de referência é um hospital central da área de Lisboa, com vários serviços de assistência pediátrica bem como um NHACJR. O entrosamento bibliográfico sobre os CSP, a consulta de relatórios e manuais bem como as entrevistas não formais à enfermeira de referência foram sem dúvida de muita importância para ampliar o nosso conhecimento e compreensão iniciais sobre este contexto de um ponto de vista da sua organização e estrutura. Com as visitas proporcionadas pela enfermeira de referência às outras unidades funcionais, conhecemos os recursos físicos e humanos disponibilizados à população das outras freguesias e visitámos parceiros da UCSP, nomeadamente creches e outras IPSS. Verificámos algumas condições que colocam a população em situação de maior vulnerabilidade e risco de exclusão, dos quais destacamos, incidência elevada de desemprego, consumo e tráfico de droga perto de escolas e infantários, situações de violência comunitária e falta de policiamento, resultando em sentimentos de insegurança (Grupo Comunitário da Alta de Lisboa, 2009). Por outro lado, existem várias estruturas e projetos comunitários constituídos por equipas multidisciplinares e multiprofissionais, que apoiam, capacitam e mobilizam a população, movidos pela vontade de mudança, valorizando a diversidade e complementaridade como bases essenciais de atuar de forma mais aprofundada e integrada, com intervenções que resultem em ganhos efetivos para a comunidade. Estas atividades configuraram-se uma mais valia para a identificação de vários fatores de risco e stressores ambientais (inter e extrapessoais) importantes na vida das famílias e consequentemente das crianças com as quais contactamos e relacionámos ao longo do estágio, bem como elementos de suporte que puderam ser mobilizados para ir de encontro às suas necessidades.

Em reunião com a enfermeira-chefe e enfermeira de referência, ambas especialistas em saúde infantil e pediatria, partilhamos o nosso projeto e definimos em conjunto que a nossa colaboração e intervenção se desenrolaria no âmbito da **consulta de enfermagem de vigilância de saúde infantil**, da **Unidade Móvel de Saúde** e do **NACJR**.

A **consulta de enfermagem de vigilância de saúde infantil** é coordenada e assegurada principalmente pela enfermeira de referência, contando ainda com outra enfermeira EESIP,

em horário parcial, ambas peritas no âmbito dos maus-tratos. Os serviços de saúde e o acesso a cuidados de qualidade tem sido comprovadamente determinante para a saúde da criança e da família, tendo nesta matéria tido um impacto positivo o Programa-Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil. (Direcção-Geral da Saúde, 2005). No momento da prática clínica, encontrava-se em apreciação publica o novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), que tivemos oportunidade de ler e refletir as suas alterações com uma das enfermeiras da consulta, responsável também pelas mesmas. Estas atividades foram importantes para aumentar o nosso conhecimento e contribuiu para a aplicação sistemática deste programa de vigilância, que tem provado ser uma garantia para cuidados adequados e eficazes. Por outro lado permitiu que no contexto profissional a formanda estivesse mais desperta para a deteção de situações de não vigilância da saúde e incumprimento do plano vacinal.

Durante a período de estágio colaborámos na assistência a crianças com idades compreendidas entre os 0-5 anos (maioritariamente entre os 0-3 anos) e apesar das consultas serem programadas para idades-chave, observámos, planeámos e proporcionámos com a enfermeira de referência consultas de acordo com as necessidades identificadas com as famílias. A avaliação, diagnóstico, intervenções e resultados foram registados através do Sistema Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Cuidados (CIPE). Um dos aspetos evidenciados, foi a metodologia de organização dos cuidados de enfermagem. O método de enfermeira de referência é utilizado, sendo evidente a qualidade da relação enfermeira–criança/família estabelecida, sedimentada no respeito, partilha e confiança mutuas daí resultante e o conhecimento aprofundado que a enfermeira consegue ter da família. De fato, e concordando com Figueiredo (2009) a possibilidade que a enfermeira tem de acompanhamento da família no seu contexto, a manutenção do contato ao longo do percurso de crescimento e desenvolvimento da criança e da própria família, são condições ao nível dos CSP mais favoráveis por exemplo em relação ao contexto hospitalar, para uma maior eficácia nas intervenções desenvolvidas e mais ganhos em saúde. Sabemos ainda que os modelos de prevenção da violência com melhores resultados são aqueles que se iniciam numa fase muito inicial na vida da família e da criança (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi, & Lozano, 2002), pelo que as intervenções desenvolvidas pela enfermeira ao nível da consulta assumem enorme importância.

Durante toda a nossa permanência neste âmbito coresponsabilizámo-nos pela receção e encaminhamento das notícias de nascimento (NN), constituindo este muitas vezes o primeiro contato com a criança e família, embora indireto mas ainda assim relevante. As NN constituem um importante instrumento de comunicação entre os hospitais e os CSP, possibilitando a partilha de informação rápida acerca da mãe e do recém-nascido(RN). Perante situações de risco clínico ou social favorece uma identificação precoce de necessidades e consequente desenvolvimento de intervenções específicas e adequadas e, desta forma, promovemos a obtenção de ganhos em saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2002).

Os grandes dois focos da nossa atenção incidiram no desenvolvimento infantil e na parentalidade, sendo que ambos estão intimamente relacionados, visto os pais serem os principais promotores do desenvolvimento da criança. O apoio aos pais e o ensino de competências parentais são estratégias eficazes aos três níveis de prevenção dos maus tratos, reconhecendo-se que a parentalidade tem o duplo efeito de aumento e diminuição do mau trato infantil, na perspetiva em que uma inadequada parentalidade engloba a maioria dos fatores de risco e uma parentalidade adequada, engloba fatores protetores dos maus tratos infantis(Lopes M. , 2012). O foco no fortalecimento das famílias e o desenvolvimento de intervenções que promovam a parentalidade positiva inscrevem-se numa abordagem proactiva para a prevenção dos maus tratos (Zimmerman & Mercy, 2010). A parentalidade positiva pode ser definida como “um processo que usa competências construtivas e atitudes para ajudar, apoiar, encorajar e afirmar o desenvolvimento da criança” (Lopes, Catarino, & Dixe, 2010, p. 111). Os mesmos autores, citando Fielden e Gallagher (2006), reforçam que “a compreensão e a gestão do comportamento das crianças e o desenvolvimento de competências dos pais para a tomada de decisão permitem que os pais construam confiança na sua própria parentalidade”. Para que isto seja fomentado é necessário que o enfermeiro tenha uma abordagem positiva no apoio que disponibiliza aos pais, baseada nos seus pontos fortes e no seu potencial para cuidar, promovendo o desenvolvimento e a saúde da criança. Estes foram pressupostos fundamentais que nos orientaram ao longo do trabalho individual com as crianças e famílias durante as consultas.

Valorizámos a observação como recurso para a recolha de informação, não só ao longo da consulta, como durante a permanência da criança e da família na sala de espera, acedendo ao modo como a criança brincava, à interação criança-família, ao relacionamento dos pais, entre

outros aspetos. Preocupámo-nos com o primeiro contato estabelecido, reconhecendo-o como primeira etapa da consulta e fundamental para o início da relação terapêutica. O fato de irmos ao encontro da criança e família, cumprimentá-las, demonstrando atenção e curiosidade são atividades que fazem despoletar o desenvolvimento de uma mútua aliança enfermeiro-criança-família, contribuindo para que se sintam mais confortáveis e confiantes (Wright & Leahey, 2009). A qualidade da relação é fundamental para o estabelecimento da parceria pretendida, com vista ao envolvimento da criança e da família nos cuidados, negociação e capacitação. A presença, a vontade de não julgar, o reconhecimento do valor e da autonomia do outro, a centralidade neste, a escuta e a consideração positiva são aspetos preliminares de uma relação terapêutica (Phaneuf, 2005). As intervenções desenvolvidas enquadraram-se em áreas diversas consideradas fundamentais para o desenvolvimento infantil e para o exercício da parentalidade positiva, como as relacionadas com as necessidades físicas, de segurança e saúde, desenvolvimento e estimulação da criança, a comunicação e a disciplina positiva. Tal como evidenciado no estudo de Lopes M. (2012), é nestas áreas que os pais têm maior falta de confiança no exercício do seu papel, encontram mais dificuldades e necessidade de conhecimentos.

A utilização do Cantinho da Amamentação foi uma estratégia utilizada para apoiarmos e promovermos a amamentação. Com este espaço disponibilizámos à mãe um ambiente tranquilo, com equipamentos adequados para amamentar o seu filho, com a privacidade desejada, que a sala de consulta não providenciava. Nalgumas situações houve necessidade de observar a amamentação para podermos ir de encontro às dificuldades expressas na consulta e apoiarmos as mães neste processo. Foi ainda útil para ensinar sobre os cuidados à mama a uma mãe que expressou um stress acrescido com a amamentação relacionado com dor. Outras vezes apenas contribuiu para validar com a observação um diagnóstico de amamentação adequada e o conhecimento sobre a mesma e assegurar o reforço positivo à mãe. É de destacar ainda, que este dispõe de folhetos informativos e posters que puderam complementar as ações desenvolvidas.

A regurgitação e a obstipação no recém-nascido foram também situações recorrentes manifestadas pelos pais e que os preocupavam. A incapacidade dos mesmos em dar uma resposta adequada, conduz muitas vezes a que recorram a uma urgência hospitalar. Sendo que na nossa pratica em contexto hospitalar constatamos este fato e lidamos com as situações de

patologia, mobilizámos os nossos conhecimentos e experiência para instruir e demonstrar estratégias que os pais pudessem mobilizar para darem resposta às necessidades da criança, bem como sobre sinais de alerta para os quais deveriam estar despostos, de forma a capacitá-los à tomada de decisão.

No âmbito da segurança e saúde, também aqui mobilizamos a nossa experiência profissional, e estivemos particularmente sensíveis para os focos relacionados com as quedas e a segurança doméstica, desenvolvendo ações oportunas do tipo ensinar, por forma a minimizar risco de acidentes, ou do tipo elogiar perante evidências de comportamentos adequados, como a correta utilização de sistemas de retenção da criança.

A promoção de relações seguras, estáveis e afetuosas entre as crianças e os pais ou outros cuidadores é um eixo estratégico para a proteção da criança e promoção de um desenvolvimento ótimo (Centers for Disease Control and Prevention). Também Neuman (1995) refere que a habilidade em criar relações com significado é um requisito para o crescimento de qualquer sistema. Compreende-se então que os afetos, a comunicação e disciplina positivas sejam áreas a incluir nos cuidados antecipatórios, numa perspetiva de prevenção primária da violência (Notarianni, Clements, & Tillman, 2007). Talvez pela experiência nesta área por parte da enfermeira de referência foi evidente uma preocupação e uma sensibilidade para estas questões, havendo uma observação cuidada de como a criança e os pais interagiam atendendo à etapa de desenvolvimento da criança. Estimular o colo, o conversar com o bebé, o toque, o sensibilizar para o choro são exemplos de ações frequentes que realizámos. Informámos sobre a importância da disciplina e sobre estratégias de disciplina positivas e orientamos pais no estabelecimento de regras. Desta forma o enfermeiro EESIP está não só a promover o desenvolvimento da criança como a contribuir para que praticas punitivas como o castigo corporal não sejam adotadas. Aliás, em Portugal, o castigo corporal é proibido desde 2007, através da Lei nº59/2007 de 4 de Setembro, relativa à alteração do código penal, especificamente pela alteração do artigo 152º relativo à violência doméstica (Lei nº 59/2007 de 4 de Setembro, 2007).

Ao nível dos cuidados antecipatórios, promovemos ainda o conhecimento acerca do desenvolvimento da criança, facilitando a compreensão e gestão do seu comportamento nas várias etapas de desenvolvimento pelos pais e informando sobre atividades e brinquedos que possibilitam um ambiente estimulante.

Tivemos ainda oportunidade de avaliar o crescimento e desenvolvimento das crianças através da avaliação de medidas antropométricas e da utilização da Escala de Desenvolvimento Psicomotor de Mary Sheridan possibilitando-nos acrescentar a todo o conhecimento adquirido durante a entrevista com a família e a própria criança, a definição de um perfil de desenvolvimento da criança. Esta é considerada uma boa prática no que respeita à promoção do desenvolvimento infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Para além do trabalho individual com a criança e os pais, desenvolvido a nível da consulta de enfermagem, pudemos integrar nos no projeto de intervenção comunitária- **Unidade Móvel de Saúde (UMS)**. A prestação de cuidados através de UMS tem sido disponibilizada desde 1996, em locais identificados com bolsas de pobreza, onde existem grupos populacionais vulneráveis, com dificuldades específicas na acessibilidade aos serviços de saúde e portanto com risco de exclusão. Este projeto pretende reduzir danos e riscos em saúde pública, melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde a grupos vulneráveis através da informação e promoção da saúde, contribuir para a inclusão social destes grupos numa perspetiva multicultural, promovendo a redução de desigualdades em saúde e intervir em situações de maior risco. Mais especificamente, pretende aumentar a taxa de cobertura das situações de risco das quais destacamos: vigilância na gravidez (assim como, a precocidade na vigilância); o número de consultas de revisão do puerpério, crianças com menos de seis anos sem vigilância de Saúde Infantil; crianças com menos de 14 anos com o PNV em atraso; adolescentes / jovens / adultos/ idosos em risco, indivíduos com problemas relacionados com o alcoolismo e drogas e situações de violência doméstica (Bacelar, 2010).

A nossa experiência passou pela observação e colaboração com a enfermeira em visitas domiciliárias no âmbito do NACJR que abordaremos mais à frente e em ações de educação e promoção da saúde junto de famílias de etnia cigana. A não adesão ao regime de imunização, o comportamento de procura de saúde comprometido, o risco de compromisso do exercício do papel parental e o risco de compromisso de desenvolvimento infantil, foram alguns dos diagnósticos levantados. Estas situações relacionaram-se na maioria das vezes com a conjugação de vários fatores, desde a falta de conhecimento, insuficiência económica para deslocação à Unidade de Saúde e consequente falta de vigilância, situações de doença, assumindo muitas vezes a mãe, o papel de prestadora de cuidados a outros elementos da família alargada. Uma das famílias que contatamos estava já a ter um acompanhamento mais

sistemático na consulta de saúde infantil, precisamente pela existência de vários fatores de risco e pela detecção de desenvolvimento infantil comprometido. Para além do ensino e instrução sobre como estimular a criança, delineando com a mãe estratégias adequadas, nomeadamente através do envolvimento dos irmãos mais velhos, providenciamos de acordo com a sua possibilidade o agendamento de nova consulta. Estas ações resultaram em comportamento de procura de saúde efetivo, tendo a mãe comparecido à consulta de vigilância, acompanhando o seu filho, comportamento elogiado por toda a equipa. Este projeto de intervenção é sem dúvida uma mais valia para cuidados eficazes junto da população mais vulnerável, reforçando a importância de proximidade, da perícia numa abordagem sistémica e da importância da articulação entre as estruturas e o trabalho em equipa.

A integração no **Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)** permitiu à formanda uma experiência totalmente nova e enriquecedora. Este NACJR foi constituído em 2007, aquando do desenvolvimento do projeto de intervenção sobre “Crianças e Jovens em Risco” em que se deu início à rede de Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco, ganhando outro estatuto e dinâmica acrescidas com a criação e regulamentação da Ação de Saúde para as Crianças e Jovens em Risco, através do despacho ministerial nº32192/2008 de 5 de Dezembro. Neste momento, o NACJR é constituído por uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte 1 psicóloga, 2 técnicas de Serviço Social, uma médica e 3 enfermeiras - a enfermeira de referência, a enfermeira chefe e outra enfermeira responsável também pela consulta de enfermagem, já mencionada anteriormente. Sem prejuízo da assunção de responsabilidades por parte de todos os profissionais no âmbito dos maus-tratos, a concertação de ações através destas equipas de trabalho, com formação específica nesta área é entendida como uma mais-valia. A existência destas equipas de trabalho, com vocação específica adquire especial importância no apoio aos profissionais que ao 1º nível de atuação trabalham na prevenção dos maus-tratos e lidam com as situações e no papel facilitador da articulação entre os CSP e os Hospitais. Nas situações em que dada a sua complexidade, é necessária uma avaliação e acompanhamento que ultrapassa as possibilidades dos profissionais que intervêm com as famílias, os núcleos permitem tornar mais exaustiva a mobilização e articulação dos recursos para uma intervenção a um 1º nível. Perante situações cuja intervenção precisa de transitar para um 2º e 3º nível, os núcleos agilizam a comunicação com as CPCJ e os Tribunais, contribuem para o apoio continuado, quer no âmbito da

aplicação de medidas determinadas por estas entidades quer pelo apoio prestado após se conseguir reverter as situações de perigo, dando-se continuidade aos cuidados.

A participação nas reuniões do NACJR, permitiu entrar em contato com as situações a ser seguidas pela equipa, e perceber a análise que é feita pela mesma sobre a implementação dos planos de intervenção de apoio familiar (PIAF) já estabelecidos para algumas famílias. Estes planos assentam nas necessidades identificadas com as famílias e estabelecem as linhas orientadoras no apoio ao papel parental, quer pelo desenvolvimento de competências parentais, quer pela mobilização de recursos de suporte para a família. A importância atribuída a uma avaliação sistémica da família foi um dos aspetos que mais se evidenciou, sendo colhidos dados que contemplam os aspetos fisiológicos, psicológicos, socioculturais e desenvolvimentais. São ainda construídos genogramas, o que traduz uma preocupação pela avaliação da estrutura interna da família. Este instrumento consiste numa representação visual da unidade familiar e permite ter uma apreciação das relações entre os vários elementos ao longo do tempo bem como tornar evidentes aspetos desenvolvimentais e funcionais (Levac, Wright, & M., 2002). A responsabilidade por esta avaliação, embora receba os contributos de todos os outros profissionais no seu campo de ação, é da enfermeira de referência, que assume a função de gestora de casos. Esta responsabilidade está intimamente ligada à posição privilegiada que ocupa no âmbito da Consulta de Saúde Infantil, pela perícia nos cuidados à criança e família, sendo também o principal elo de ligação entre os profissionais e parceiros comunitários.

Através da utilização da UMS realizámos com a enfermeira de referência uma visita a um infantário, cujos profissionais são também intervenientes num PIAF, para recebermos feedback sobre a adesão dos pais à intervenção que tinha sido estabelecida. Este encontro favoreceu ainda a observação da interação entre mãe-filho que aumentou a qualidade da informação recolhida. Realizámos ainda ensinamentos oportunos sobre a alimentação do lactente a uma técnica auxiliar de educação que solicitou o nosso apoio.

Também através da UMS realizámos visita domiciliária a famílias em risco e acompanhadas pelo NACJR. Tal como já referido no enquadramento concetual, esta é uma estratégia efetiva na prevenção dos maus tratos. Também a DGS (2005) afirma que é um elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à

alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de crianças, famílias ou situações identificadas como de risco. A nossa atuação tinha como objetivo inicial a reavaliação das necessidades de uma família, com um plano de intervenção centrado no desenvolvimento de competências parentais de uma mãe adolescente. Contudo, deparamo-nos com uma jovem com deficiência grávida. A reformulação das prioridades impôs-se e procedemos a uma avaliação diagnóstica das necessidades junta da jovem e da mãe desta. A complexidade da situação exigiu a mobilização de várias estratégias: o apoio na parentalidade, através da visita domiciliária antes do nascimento e após uma semana do parto, a articulação com enfermeira do serviço de obstetrícia, com médica de família, enfermeira de família para acompanhamento da vigilância de saúde infantil e da mãe, no âmbito do planeamento familiar, articulação com a instituição educativa na qual permanece durante o dia, técnica do serviço social. Esta experiência foi gratificante, por um lado, porque iniciámos um caminho para a capacitação e *empowerment* desta família, reafirmando o papel determinante da EESIP nesta área de cuidados e, por outro, deu visibilidade à falta de sensibilização dos profissionais para a problemática do risco e dos maus-tratos, para a falta de articulação interinstitucional e para a necessidade de fomentar o estabelecimento de mecanismos de cooperação intra e interinstitucionais, para o desenvolvimento de uma rede que possibilite uma intervenção efetiva e sistemática. Estas dificuldades, bem como o pouco tempo disponibilizado para os profissionais para o trabalho no NACJR, foram muitas vezes alvo de reflexão com a equipa no NACJR e com a enfermeira de referência, emergindo a preocupação com a qualidade dos cuidados prestados. Neste contexto, foi-nos solicitada a colaboração na reformulação de um folheto informativo (Apêndice I) acerca do NACJR, já iniciado por outra colega de enfermagem mas que não chegou a ser concluído. Esta foi uma estratégia pensada para a divulgação do NACJR junto dos parceiros da comunidade, nomeadamente juntas de freguesia, escolas, creches, associações e entre outras unidades funcionais de saúde do ACES, com vista à proximidade e ao desenvolvimento de uma rede cada vez mais sustentada de cuidados. Pretendeu-se não só sensibilizar para os maus-tratos à criança mas fomentar uma cultura mais proactiva na deteção e sinalização precoces destas situações ou de risco, por parte da população e mais especificamente das entidades que têm responsabilidade no âmbito da promoção e proteção da criança. O enfermeiro EESIP tem um papel importante no reforço do poder e responsabilidade da criança e família na melhoria da saúde individual mas também dos cidadãos em geral no sentido da saúde coletiva.

Perspetivamos este folheto como um instrumento e um recurso para o reforço da cidadania em saúde, pois assenta na lógica da promoção de uma “dinâmica contínua de desenvolvimento que integra a produção e partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde), numa cultura de pro-atividade, compromisso e autocontrolo do cidadão (capacitação/participação ativa), para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (empowerment)” (Ministério da Saúde, 2012). Achámos fundamental que o folheto incluísse um enquadramento do projeto, uma breve descrição das situações de perigo, constituição da equipa multidisciplinar, as atividades que desenvolve, a sua área de abrangência e as várias formas de contato. Depois de elaborado foi apresentado pela formanda à restante equipa, durante uma das reuniões do NACJR, tendo sido aprovado. No entanto, no final do estágio a sua divulgação ainda não tinha sido iniciada pois aguardava-se elaboração de um logotipo oficial do NACJR e aprovação da coordenadora do ACES.

Ainda com a mesma equipa de trabalho foi levantada a necessidade de incrementar a sensibilização, formação e preparação dos profissionais das outras unidades funcionais, contribuindo para o desenvolvimento de uma rede interna que dinamizasse e mobilizasse a intervenção, ao nível da prevenção, deteção precoce e acompanhamento das crianças e famílias em risco e maus-tratos. Os enfermeiros da Unidade de Cuidados na Comunidade, prestando maioritariamente cuidados em contexto do domicílio e tendo como foco de cuidados a família, podem assumir um papel importante na deteção precoce de fatores de risco ou perigo para a criança. Após esta reflexão com a enfermeira-chefe, enfermeira de referência e com a enfermeira coordenadora dessa unidade, concordámos com a pertinência da realização de formação nesta área. A divulgação da Ação de Formação planeada foi realizada através da fixação um poster na sala de trabalho (Apêndice II). e através de e-mail para a respetiva unidade. A formanda elaborou o plano de ação de formação dirigida a esses enfermeiros (Apêndice III) Ao longo da ação abordámos os direitos das crianças, a família como unidade de cuidados e contexto da criança, definimos os conceitos de risco, perigo, fatores de risco, proteção, os sinais e sintomas (Apêndice IV). Salientámos a abordagem sistémica dos maus-tratos, as funções do NACJR e a intervenção do enfermeiro nos CSP. Para além dos enfermeiros previstos, tivemos ainda a assistência de estudantes da licenciatura em enfermagem e duas enfermeiras de um outra Unidade Funcional. No final da ação aplicámos um questionário de avaliação da Ação (Apêndice V). Com estes resultados, com o *feedback*

fornecido nos momentos de discussão e reflexão bem como o interesse demonstrado, considerámos uma atividade bem sucedida na concretização dos seus objetivos.

Concluído este período de estágio, destaca-se o desenvolvimento das seguintes competências: “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade de gerir o regime e a reinserção social da criança/jovem; diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil ; Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido, doente ou com necessidades especiais” (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

2.2. Centro de Desenvolvimento Infantil

Ao longo da nossa experiência profissional cuidámos de crianças com perturbações do desenvolvimento e deficiência, hospitalizadas e submetidas a cirurgia. Devido à sua especial complexidade, são sempre sentidas como situações de particular exigência, requerendo um largo espectro de abordagens e terapias, que se configurem como respostas de enfermagem apropriadas às necessidades da criança e da família. A promoção da adaptação da criança e família à doença crónica, doença oncológica e deficiência/incapacidade é competência do EESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2010), e o suporte dado às crianças e famílias, um eixo estratégico na prevenção dos maus-tratos. Para além das inúmeras barreiras físicas, sociais e ambientais que estas crianças ainda encontram à sua participação plena na sociedade, estão expostas a um risco acrescido a vários tipos de violência, em contexto familiar e comunitário, em comparação aos seus pares (Sullivan, 2009). Alguns dos aspetos documentados para esta ocorrência relacionam-se com fatores de *stress* acrescidos para as famílias no cuidar das crianças, com a existência de um número significativo de crianças com deficiência/incapacidade que ainda são colocadas sob cuidados institucionais, o que constitui por si só um fator de risco acrescido para os abusos físicos e sexuais, e no caso de crianças com incapacidades intelectuais e comunicacionais, a denúncia ou o relato das situações de maus-tratos pode estar dificultada (Sullivan, 2009; Bilgin & Kucuk, 2010; (Koetting, Fitzpatrick, Lewin, & Kilanowski, 2011). Por outro lado, os mesmos autores reforçam que a exposição a ambientes violentos, nomeadamente o familiar, pode ocasionar incapacidades como a Perturbação da Hiperatividade com Deficit de Atenção. Neste sentido, sentimos que o

processo de desenvolvimento de competências especializadas em SIP seria enriquecido com experiência num recurso comunitário de apoio e acompanhamento destas crianças e famílias, possibilitando o contato com as mesmas noutra ambiente e com profissionais de saúde e peritos nesta área. Esta motivação conduziu-nos até a um Centro de Desenvolvimento Infantil (CDI).

O CDI em questão, é uma IPSS que se configura como estrutura de apoio na prestação de cuidados a crianças com perturbações do desenvolvimento, proporcionando programas de intervenção específicos, no âmbito da intervenção precoce na infância, desenvolvidos por uma equipa interdisciplinar, composta por profissionais das áreas da saúde, educação e serviço social. Pelo fato de o enfermeiro não integrar esta equipa, estabelecemos como objetivos: conhecer a organização e estrutura do CDI e analisar o apoio prestado às crianças e famílias com perturbações do desenvolvimento e deficiência.

O percurso de três dias no CDI foi orientado por uma psicóloga educacional e de acordo com um cronograma previamente definido. A visita inicial às instalações permitiu reconhecer a preocupação por um ambiente físico humanizado, com espaços adaptados à criança e acolhedores. Nas paredes coloridas e preenchidas com quadros com desenhos alusivos ao mundo da criança, ao imaginário infantil, evidenciaram-se os que representavam as figuras de crianças, todas diferentes, e frases aludindo à diferença, à diversidade, estando ainda os vários gabinetes equipados com brinquedos e materiais lúdicos. A diferença, a diversidade, a capacidade, a inclusão foram sem dúvida as palavras que ressaltaram desta nossa experiência.

A reunião com a profissional, bem como a consulta de literatura disponível foram atividades relevantes para a compreensão deste projeto, que teve a sua génese na prestação de cuidados a crianças e famílias com trissomia 21. De forma progressiva, sistemática e coerente, foram desenvolvidas pela equipa metodologias de avaliação e intervenção permitindo prestar cuidados específicos a crianças com outras perturbações do desenvolvimento, como por exemplo com dificuldades de aprendizagem, com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, com Perturbações da Linguagem, com Perturbações da Coordenação Motora, com Autismo e com a Síndrome de Asperger, levando à criação do CDI, que conta com vários polos distribuídos pelo país, pretendendo descentralizar e assegurar proximidade à população (Associação Portuguesa de Portadores de Trissomia 21, 2013).

A equipa multidisciplinar adota como estratégia para a formação e promoção do desenvolvimento profissional, a realização de uma reunião semanal. Assistimos a uma dessas reuniões, na qual apresentaram um novo programa do centro dirigido a crianças com autismo, e foi discutida uma situação clínica. A inclusão de uma avaliação mais aprofundada da criança e da família foi destacada, dando-se primazia ao conhecimento da criança nos seus vários ambientes e as características familiares como fatores a considerar, de forma a uma intervenção dirigida e centrada na criança e na família. De fato só desta forma se poderá ir de encontro às reais necessidades destas crianças e famílias, identificando dificuldades mas acima de tudo as suas forças e potencialidades, bem como de todos os outros sistemas que com eles interagem, nomeadamente o escolar. Os cuidados centrados na família com crianças com necessidades especiais estão associados a melhoria da saúde e bem-estar, maior satisfação, melhor eficiência, acesso melhorado, melhor comunicação, melhor transição entre os serviços e resultados positivos (Kuhlthau, et al., 2011), pelo que qualquer que seja o contexto de intervenção, esta deverá ser a abordagem adotada por todos os profissionais que cuidam destas crianças.

A observação de consultas desenvolvidas pelos profissionais de Educação Especial e Reabilitação, Terapia da Fala, Psicologia Educacional e Pediatria do Desenvolvimento a crianças entre os 4 meses e os 12 anos ocorreu conforme o planeado e após solicitação do consentimento das crianças e dos pais. A intervenção destes profissionais é orientada para o desenvolvimento do potencial da criança, centrando-se nas suas capacidades ao nível da linguagem, comunicação, interação social, desenvolvimento físico, sendo um trabalho minucioso, de empenho e persistência. O plano de intervenção individualizado é construído e reconstruído com base numa avaliação com a família e com a criança, em que são identificadas necessidades e capacidades, estabelecendo-se objetivos e atividades em conjunto, sendo reconhecido o papel de cada um dos intervenientes. A valorização dos contextos da criança no âmbito da intervenção precoce, coloca estes profissionais, estas crianças e famílias em estreita colaboração e parceria com as escolas, os infantários, as amas, mobilizando todos os profissionais que intervêm e fazem parte da vida da criança. Para além disso os profissionais do CDI realizam visitação domiciliária, privilegiando o espaço e o ambiente familiar como o mais favorável ao seu desenvolvimento.

Enquanto enfermeira, a observação participante foi possível através da colaboração no acolhimento às crianças e pais, no interesse e disponibilidade demonstradas para escutar de forma ativa e empática os pais que muitas vezes partilharam connosco a história de vida familiar, as suas preocupações, dificuldades, as conquistas e muitas vezes as suas frustrações. No final das consultas colaborámos na transmissão de informação, valorizando os aspetos positivos da criança e elogiando os pais pelos resultados obtidos no desempenho do seu papel em casa, preocupando-nos com a promoção de um pensamento positivo. A esperança enquanto sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e desejo de viver, paz interior e otimismo, está associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia (Ordem dos Enfermeiros, 2011) e por isso deve ser valorizada como essencial numa situação vivencial de *stress*, em que a incerteza de um diagnóstico ou do futuro predomina, como é o caso das doenças crónicas. Assim, é da responsabilidade do EESIP tomar como foco a Esperança e utilizar estratégias que a promovam (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Um estudo que explorou as experiências de mães no cuidar de crianças com autismo, salienta os vários stressores com os quais se defrontam, desde o estigma ainda presente na sociedade, a alterações nas relações conjugais, nas relações sociais, dificuldades financeiras, à necessidade constante de cuidados à criança, a educação especial e tratamento, conduzindo a sentimentos frequentes de perda, preocupação, falta de esperança e *burnout*. O suporte formal e informal das famílias surge então como estratégia indispensável para fortalecer o sistema e desenvolver estratégias de *coping* (Bilgin & Kucuk, 2010). Durante as consultas pudémos ainda colaborar na promoção da adesão das crianças às atividades a serem desenvolvidas, mobilizando as nossas competências comunicacionais e relacionais, o brincar, demonstrando interesse, afeto e reforçando positivamente os comportamentos.

Para além das consultas, são ainda implementadas outras estratégias pelos profissionais com vista à promoção da realização pessoal e autoestima das crianças, e da psicomotricidade como a utilização da arte e do desporto o que os leva a estabelecerem parcerias com entidades locais no desenvolvimento de projetos nestas áreas. Os profissionais estão ainda envolvidos no desenvolvimento de materiais e recursos didáticos adaptados. A utilização das tecnologias de informação e comunicação (TIC) é também uma estratégia utilizada pela equipa no apoio aos pais, disponibilizando informação e alguns serviços através do site. Para além do apoio direto às crianças e pais evidenciou-se a preocupação de cariz social, utilizando as TIC, para o

desenvolvimento de campanhas publicitárias de sensibilização para a necessidade de inclusão das crianças com “diferenças”, sendo que todos nós temos a responsabilidade de construir uma sociedade equitativa e de permitir que cada criança tenha o seu projeto de vida. De salientar ainda um outro projeto de criatividade aliada à Ação Social, que se relaciona com a criação de uma marca de design, sendo as peças inspiradas em pessoas diferentes, em pessoas com Síndrome de Down. Por isso cada peça incorpora uma diferença, que as torna únicas e originais. Para além de dar uma maior visibilidade à causa da inclusão, contribui ainda para a autossustentabilidade da instituição.

Com toda esta experiência, tivemos contributos relevantes para o *empowerment* pessoal na promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência/incapacidade, com competências desenvolvidas para apoiar “...a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais”, trabalhar “...em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde”, diagnosticar “necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem”, adequar “o suporte familiar e comunitário” e demonstrar “na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras da esperança” (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

3.3 Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais

Ao longo de três semanas o percurso formativo desenrolou-se numa Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais (UCIIN), inserido num hospital central da área da grande Lisboa. Este contexto de cuidados significou novos e aprofundados conhecimentos, vivências e aprendizagens pessoais relevantes, com possibilidade de contato com uma cultura organizacional e práticas de cuidados hospitalares diferentes. Por outro lado, face ao utente pediátrico desta Unidade – RN em situação de prematuridade e/ou doente a precisar de cuidados diferenciados e família – tivemos experiências de cuidar importantes, dada a especificidade e complexidade reconhecidas dos cuidados neste contexto. A este propósito Barros (2001) refere que “as UCIN são, pelo menos potencialmente, um exemplo de serviço hospitalar altamente complexo, que valoriza tanto a sofisticação científica e tecnológica que permite salvar cada vez mais bebés, como os cuidados holísticos e humanistas que visam salvaguardar a qualidade de vida e promover o desenvolvimento dos três grupos humanos que se entrecruzam nesses serviços: bebés, pais e profissionais” (Barros, 2001, p. 299).

Encontrámos uma Unidade do ponto de vista estrutural, constituída por uma sala de cuidados intensivos com capacidade para acolher cinco RN e outra de cuidados intermédios, com atual capacidade para nove RN, ambas em *open-space*. Existe ainda um quarto destinado ao RN e família a necessitarem de cuidados paliativos. Tem ainda uma sala para os pais e familiares e uma sala de amamentação. No que se refere aos recursos de enfermagem, estes distribuem-se por 5 equipas que possuem cada uma um chefe de equipa privilegiando-se que seja EESIP, indo de encontro ao parecer da Ordem dos Enfermeiros, o qual indica que “a unidade de neonatologia tem de ter presente em todos os turnos em enf. especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 9), de modo a ser assegurada a qualidade dos cuidados face à elevada exigência das respostas de enfermagem neste contexto. Em cada turno esse elemento faz a distribuição dos enfermeiros pelos bebés tendo em conta a sua situação clínica e a necessidade dos cuidados de enfermagem, estando implementado o método individual de trabalho. O processo de enfermagem é registado no SAPE com recurso à CIPE, exceto a avaliação inicial. Existem vários grupos de projeto que favorecem a formação contínua dos enfermeiros e dinamizam áreas relevantes dos cuidados na UCIIN, com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem ao RN e à família. As atividades de consulta de manuais, projetos e procedimentos e a pesquisa bibliográfica foram concomitantes à prestação de cuidados, acompanhando as necessidades sentidas de aumentarmos os nossos conhecimentos e de suportarmos a tomada de decisão.

Devido à elevada complexidade dos cuidados prestados, da curta duração do estágio e os objetivos do nosso projeto, permanecemos na sala de cuidados intermédios, na qual colaborámos com a enfermeira de referência na prestação de cuidados ao RN pré-termo e família, tendo-se ao longo do tempo adquirido uma progressiva autonomia.

A prematuridade e o baixo-peso ao nascer são fatores de risco que aumentam a vulnerabilidade da criança à violência em contexto familiar, relacionando-se com a possibilidade de dificuldades acrescidas nos processos de vinculação e no desenvolvimento do papel parental (Pinheiro, 2006). Tendo em conta estes aspetos, focámos a nossa atenção na promoção do crescimento e desenvolvimento do RN pré-termo e na promoção da vinculação e papel parental numa perspetiva de prevenção primária dos maus-tratos.

A preocupação por estes aspetos está bem patente na prática de cuidados prestados nesta Unidade através da integração da abordagem do *Newborn Individualized Developmental Care*

and Assessment Program (NIDCAP). A adoção deste programa pretende dar resposta à necessidade de diminuir o impacto negativo do ambiente da UCIIN no RN prematuro, funcionando como guia para a implementação de cuidados individualizados de suporte ao seu desenvolvimento (Santos, 2011), que a longo prazo se reflitam na melhoria das consequências da prematuridade na criança e família, ou seja, na sua qualidade de vida.

Com a prestação de cuidados centrados no desenvolvimento do RN, desenvolvemos a capacidade de observar os seus comportamentos como fonte primordial para o planeamento nos nossos cuidados, com vista à organização do RN, à sua homeostasia, ao seu bem estar, estruturando os cuidados e interações de forma a realçar e aumentar as forças e competências do RN e prevenir ou minimizar os fatores de *stress*. Foi essencial incorporar ainda alguns aspetos promotores do desenvolvimento que surgem do NIDCAP. São eles: a coordenação dos cuidados com a restante equipa de cuidados, a promoção de um ambiente tranquilo, onde o controlo do ruído e luminosidade são essenciais, o agrupamento de cuidados para evitar excessivas manipulações, procedimentos dolorosos/desconfortáveis, os cuidados posturais, nomeadamente com a contenção através dos ninhos, as oportunidades para contato pele-a-pele, através da técnica do Canguru, e o conforto para a família (Santos, 2011).

Todos estes aspetos remeteram-nos para a dimensão ética do cuidar e o papel relevante do EESIP na defesa dos direitos, da dignidade humana do RN, no seio da equipa de saúde. Tal como Gaiva, (2006) acreditamos que, “sem desmerecer a importância técnica no processo de cuidar, o nosso grande desafio enquanto profissionais cuidadores de bebés é deles cuidar como seres humanos na sua totalidade, com competência tecnocientífica e humana, valorizando a dimensão subjetiva, de forma a resgatar o sentido humanitário nas relações interpessoais, voltados para o acolhimento, autonomia, participação das mães e com vista a promoção e emancipação dos sujeitos” (Gaiva, 2006, p. 65)

A equipa reconhece os pais como os principais cuidadores e como principais promotores do desenvolvimento físico, psicológico, social e afetivo do RN e os cuidados prestados são centrados nesta díade e dirigidos às necessidades de ambos. A experiência de um nascimento prematuro e a hospitalização do RN na UCIIN pode ser particularmente perturbadora para os pais, dificultando o desenvolvimento da vinculação e do papel parental.

O envolvimento da família nos cuidados é promovido desde a entrada do RN na UCIN. Tivemos a possibilidade de colaborar no acolhimento de um pai à unidade, privilegiando-se a partilha de informação acerca do espaço físico, dos profissionais que acompanham o seu filho, dos cuidados imediatos, mostrando máxima disponibilidade para esclarecer as suas dúvidas. A preparação para a aparência do RN também foi focada, tal como sugerido por Sanders (2009), fazendo parte do conjunto de informação que contribui para a diminuição do *stress* dos pais e adaptação à UCIN. É também neste momento que os enfermeiros da Unidade estimulam o primeiro registo fotográfico do RN, de forma a que as mães estabeleçam o primeiro contato com o filho. A possibilidade da permanência durante 24h na Unidade junto do RN, com disponibilidade de uma sala para o seu descanso e atendimento telefónico 24h por parte dos enfermeiros é também esclarecida, transmitindo-o assim que a sua presença é valorizada e o seu envolvimento potenciado.

Ao longo do internamento proporcionámos e promovemos a interação dos pais com o RN, através da estimulação do contato visual com o bebé, da comunicação através da voz suave, através da realização do toque positivo. Na perspetiva de Bond (2012) o toque positivo configura-se como um diálogo partilhado entre os pais e o bebé que promove a interação pais-filho, a vinculação, o que contribui para evitar ou diminuir a possibilidade de depressão pós parto, é preventivo de maus-tratos, e promove o conhecimento dos pais acerca do comportamento dos bebés e a darem resposta às suas necessidades. A aplicação do método canguru sempre que a estabilidade do RN o permitia, foi também uma das estratégias mobilizadas, que se enquadram neste âmbito. Em relação às mães, promovemos ainda a amamentação e colaborámos no esclarecimento de dúvidas acerca do lactação e do aleitamento.

O envolvimento, a participação e colaboração dos pais nos cuidados faz parte do dia a dia na UCIN, e o planeamento dos mesmos reflete e incorpora as necessidades, expectativas, desejos, as capacidades e a disponibilidade do pais, tendo sido evidente que a natureza da relação enfermeiro-família é facilitadora do processo de desenvolvimento de competência parentais. Concordando com a perspetiva de Diogo (2012, p. 12) “o que torna o encontro frutífero é o compromisso dos enfermeiros, com uma presença atenciosa incondicional, abertura e perseverança, permitindo que surjam possibilidades de ação”.

A maior parte dos pais com quem contatamos já possuía o diagnóstico de parentalidade efetiva, sendo autônomos nos cuidados ao RN. Ainda assim, a nossa presença, por exemplo no momento do banho, da massagem, na troca da fralda, no aleitamento, no controlo da dor pelos pais, deu lugar à possibilidade de reforçar positivamente o seu comportamento, à escuta ativa das suas emoções e das suas expectativas e ansiedade com o regresso a casa.

Esta é uma transição importante para os pais e para o RN e cabe ao enfermeiro assegurar-se que este encontrará um ambiente seguro. Principalmente ao nível da sala de intermédios, a preparação para a alta é perspectivada de forma mais ponderada. A capacitação dos pais para cuidar do RN é sem dúvida um aspeto primordial, mas reveste-se de extrema importância conhecer a família de forma mais aprofundada de forma a assegurar que esta reúna condições para apoiar o crescimento e desenvolvimento da criança, assumindo o seu papel parental fora do hospital (Forsythe, Maher, Kirchick, & Bieda, 2007). Nem sempre os enfermeiros têm disponibilidade para proceder a esta colheita de informação que fomos um elemento facilitador na otimização desta avaliação. Verificando que o instrumento existente para a colheita de dados não se coadunava com uma avaliação sistémica da família, incorporámos nas entrevistas com os pais elementos da avaliação do sistema de Betty Neuman, tentando apreender as várias variáveis do sistema, e mobilizando o conhecimento sobre os fatores de risco de maus-tratos. Numa situação em particular, esta abordagem teve particular impacto, pois identificou um contexto familiar de risco para a criança, conduzindo à transferência para o serviço de internamento de pediatria do RN, quando o seu estado clínico e maturação o permitiram. A gravidez não planeada e tardiamente vigiada, a existência de fracos recursos económicos, a suspeita de violência doméstica, a ausência do pai durante todo o internamento do RN e a pouca presença da mãe na unidade, constituíram dados suficientes para que em equipa se decidisse o prolongamento da hospitalização, até ser assegurado o suporte familiar e o desenvolvimento de uma parentalidade efetiva. Até ao momento da transferência e aproveitando todas as oportunidades, embora escassas para o fazer, procurámos estabelecer o vínculo mãe-bebé, incentivando o colo, a participação nos cuidados, esclarecendo dúvidas. Pudemos ainda ensinar sobre prevenção de acidentes rodoviários e no domicílio, sobre como posicionar o bebé, sobre os cuidados de higiene, que foram suportados com a entrega de folhetos informativos existentes na unidade.

Em termos de articulação, encaminhamos a situação para a assistente social, através da enfermeira coordenadora que é a responsável pela gestão e acompanhamento das situações de risco. É também da sua responsabilidade o encaminhamento e articulação com os cuidados na comunidade. Foi ainda possível tomar conhecimento da existência de uma IPSS, que presta cuidados ao nível da intervenção precoce a RN com sequelas ou em risco de perturbações de desenvolvimento, seguidos no hospital, sendo um recurso que é dado a conhecer aos pais no sentido de os apoiarem após a alta hospitalar.

Finalizada a experiência de cuidar em contexto neonatal, consideramos ter desenvolvido as seguintes competências: “avalia o desenvolvimento da parentalidade, demonstra conhecimentos sobre competências do recém-nascido para promover o comportamento interativo, utiliza estratégias para promover o contato físico pais/RN, promove a amamentação, negocia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN; transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

3.4. Serviço de Urgência Pediátrica

Em Janeiro, e ao longo de quatro semanas, integrámos a equipa de enfermagem de um Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), de um hospital de referência da área de Lisboa, no atendimento pediátrico. Este constituiu um contexto de particular interesse para o nosso percurso, fazendo parte da instituição na qual a formanda desenvolve a sua atividade profissional e um dos serviços com os quais mais se articula no seu dia-a-dia. Por outro lado, não existia qualquer experiência profissional ou da formação inicial em contexto de urgência. Outro motivo relevante enquadra-se na área do nosso projeto. Sendo reconhecidamente o serviço de urgência a principal “porta de entrada” no hospital, é para muitas famílias e crianças que experienciam violência ou se encontram em situação de risco, o primeiro contato com os serviços de saúde, nomeadamente por condições clínicas que daí derivam e requerem cuidados diferenciados. Assim sendo, e concordando com Bournsnel e Prosser, (2010) os enfermeiros num serviço de urgência encontram-se numa posição privilegiada para identificar e responder à violência doméstica, particularmente relacionada com a criança. Tendo em conta o exposto e embora já houvesse do ponto de vista estrutural e organizacional algum

conhecimento deste serviço, todas as atividades realizadas, desde a consulta de manuais, projetos, as reuniões e entrevistas com o enfermeiro de referência e enfermeiro-chefe, a observação e a prestação de cuidados colmataram a necessidade de compreendermos melhor o circuito do utente pediátrico que recorre à urgência mas também o contexto no qual os cuidados se desenvolvem, os seus recursos, ambiente físico e humano, a organização dos cuidados de enfermagem, o papel do enfermeiro neste âmbito, nomeadamente na intervenção nos maus-tratos. O SUP conta com 32 enfermeiros, agrupados em equipas em horário rotativo. Em cada uma delas existe pelo menos um enfermeiro, que assume em cada turno funções de coordenação de equipa. Os enfermeiros são distribuídos por este elemento por vários postos de trabalho e a organização dos cuidados assenta no método individual de trabalho. Embora o SUP esteja fisicamente dividido em duas áreas distintas, urgência pediátrica médica e a urgência cirúrgica, a criança e família são acolhidas inicialmente pelo enfermeiro numa sala comum de triagem. Os cuidados são ainda prestados ao nível da sala de tratamentos, da unidade de internamento de curta duração, incluídas na ala de urgência pediátrica médica e da sala de pequena cirurgia/tratamentos na ala de urgência cirúrgica. A oportunidade de assistirmos a criança e a família em todas estas áreas revelou-se uma mais-valia para a consecução dos nossos objetivos.

Ao nível da **Sala de Triagem** iniciámos o percurso formativo no SUP. A triagem é da responsabilidade do enfermeiro e é o processo usado para determinar a gravidade de uma determinada situação e estabelecer prioridades de atendimento médico. Para tal é utilizado um sistema de triagem que tem por base o sistema de Triagem de Manchester, através do qual, após a observação e entrevista sumária, a situação da criança é classificada dentro de 4 níveis de prioridade: 0-emergente 1-muito urgente 2-urgente 3-não urgente. Em ambiente de urgência, onde a afluência de utentes é muito grande, a existência de um instrumento de apoio à tomada de decisão clínica é determinante para a garantia de cuidados mais adequados e de qualidade. Numa fase inicial procedemos apenas à observação e colaboração na realização da triagem pelo enfermeiro de referência, assumindo posteriormente a realização da mesma, sob supervisão. O momento da triagem é o primeiro contato entre a equipa de saúde e a criança, os pais ou outros cuidadores e por isso fundamental para todo o processo de cuidados. Tivemos em consideração que, para além das preocupações inerentes ao estado de saúde que os levam a recorrer ao SUP, encontram neste outros fatores de *stress*, como o tempo de espera para atendimento, o ruído, a falta de privacidade, um ambiente frenético e sobrecarregado de

peessoas (Howard & Steinmann, 2011). Para contrapor o ambiente físico estranho e stressante, valorizámos no momento da triagem a promoção do ambiente humano seguro e afetuosos, através do contacto acolhedor, cordial e a escuta ativa. A informação prestada acerca do processo de atendimento, a instrução sobre ações a tomar na presença de sinais e sintomas na criança enquanto aguardavam pela observação médica, foram também ações implementadas para diminuir a ansiedade dos pais e aumentar a sua confiança. A celeridade necessária de um processo de triagem, bem como múltiplos fatores de *stress* que podem agir como agentes dificultadores da comunicação, exponencia a necessidade de o enfermeiro possuir competências comunicacionais, que a tornem eficaz e assertiva, com a criança e com os pais. Mostrando máxima disponibilidade para atender às suas dúvidas e preocupações, respeitando as suas opiniões, os seus valores, a sua cultura, o seu carácter, aceitando a sua individualidade (Phaneuf, 2005), o enfermeiro reúne condições para o estabelecimento de uma relação efetiva. Embora esta seja breve em contexto de triagem, a qualidade da mesma assegura a correta avaliação das necessidades prementes a serem atendidas e o encaminhamento adequado, mas também uma compreensão mais abrangente da situação da criança e família, despistando condições de especial complexidade, como as relacionadas com os maus-tratos. Concordando com Cardoso (2012), é importante que “cada um de nós tenha sensibilidade de observar, sabendo que é seu dever, ver mais do que aquilo que é visível” (Cardoso, 2012, p. 195). Esta “sensibilidade” conduziu à identificação em colaboração com o enfermeiro de referência, de uma situação de violência doméstica, da qual era vítima uma adolescente de etnia cigana, sofrendo abusos físicos e sexuais do marido. O estabelecimento de uma relação de confiança, uma abordagem sistémica, a mobilização de conhecimentos sobre fatores de risco, sintomas e indicadores de maus-tratos, permitiu que de uma queixa de cansaço e perda vaginal, aparentemente não urgente em termos de gravidade para atendimento, atribuíssemos a condição de emergente, com o devido encaminhamento para o pediatra e referência ao NHCJR.

Na **sala de tratamentos** colaborámos na realização de várias técnicas, envolvendo muitas vezes procedimentos dolorosos à criança. Por este motivo, a nossa presença foi privilegiada no apoio à presença dos pais, na preparação para os procedimentos, no esclarecimento de dúvidas e preocupações, na utilização de outras estratégias não farmacológicas para o controle da dor, como o brinquedo terapêutico, a distração e a musicoterapia, atendendo ao estadio de desenvolvimento da criança. Realizámos ainda ensino sobre o regime terapêutico a instituir,

capacitação dos pais para a continuidade dos cuidados em casa, através da instrução, treino e supervisão, por exemplo, da administração de terapêutica inalatória.

Na **sala de internamento de curta duração**, as crianças podem permanecer entre 24h a 48h para estabilização do seu quadro clínico com posterior encaminhamento para casa, ou serem transferidas para um serviço de internamento. Assistimos maioritariamente lactentes com problemas respiratórios. Para além de termos colaborado na identificação de situações de instabilidade das funções vitais e termos dado respostas adequadas a esses focos, a nossa atenção dirigiu-se também nesses momentos para a gestão da dor da criança, da ansiedade dos pais e para o papel parental. Embora apenas junto da criança pudesse permanecer um dos pais, incentivámos a sua presença, explicámos procedimentos, esclarecemos dúvidas, dando espaço e valorizando a sua participação nos cuidados, com benefícios evidentes no conforto da mesma, na estabilização dos parâmetros vitais da criança, no maior envolvimento, confiança e tranquilidade dos pais, sentimentos muitas vezes verbalizados pelos mesmos.

Durante a permanência na **ala de cirurgia**, devido à semelhança dos cuidados prestados no nosso contexto de trabalho, destacamos a troca de experiências com o enfermeiro de referência, como atividade relevante para ambos. É na diversidade que podemos encontrar a riqueza dos cuidados e possibilidades de melhoria dos mesmos. Por outro lado, uma vez que nalguns casos as crianças foram transferidas para a Unidade de Internamento (contexto de trabalho da formanda), contribuímos para um conhecimento mais aprofundado dos pais e da criança sobre o pré-operatório e pós-operatório, favorecedor da diminuição da ansiedade de ambos, face a esse acontecimento inesperado (Sanders, 2009).

Para além das atividades desenvolvidas nestes postos de trabalho podemos ainda acompanhar o percurso de duas crianças, uma com 4 anos e outra com 11 anos, com entrada na urgência por suspeita de abuso sexual por parte de outras crianças. Nestas situações, o processo de triagem processa-se rapidamente, considerando-se uma situação emergente e o enfermeiro procede ao encaminhamento imediato para o pediatra. A recolha de informação na triagem é mínima, valorizando-se apenas o registo da queixa, o estado geral da criança e por quem a acompanha. Este aspeto fundamenta-se pela preocupação da equipa de não sujeitar a criança a várias entrevistas por diferentes profissionais, evitando-se assim não só um possível enviesamento da informação colhida, como a vitimização secundária da criança. Numa das situações, e tendo em conta o protocolo do serviço, foi solicitada a colaboração do médico do

Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) para proceder a entrevista forense e para a recolha de espécimes. A observação da entrevista permitiu aprofundar conhecimentos nalgumas técnicas de comunicação com a criança, valorizar aspetos da observação física e da comunicação não verbal da criança e dos pais, no âmbito do risco e maus-tratos. Facilitar que a criança partilhe um acontecimento violento requiere sensibilidade, formação e competências relacionais importantes e capacidade de gerir as suas próprias emoções. Por seu lado, a criança precisa de um ambiente protetor, que a ajude a sentir conforto e segurança. Sendo que o ambiente físico disponível no SUP não é muito favorecedor, o ambiente humano deve ser valorizado, e o enfermeiro pode ser um elemento importante para que a criança se sinta segura e capaz de falar sobre o acontecimento e colaborar nos procedimentos necessários (Finn, 2011). Alguns destes, incluem a cedência da sua roupa para análise forense, exame vaginal e punções venosas para colheita de sangue para despiste de doenças infetocontagiosas, e adesão a um regime medicamentoso, relacionado com a profilaxia de infeções sexualmente transmitidas e medicação anticoncepcional de emergência.

A nossa presença incondicional, afetuosa, atenta à criança e à mãe criou possibilidades de ação e deu resposta a várias necessidades. Para além do foco de abuso sexual, a nossa atenção focou-se ainda na ansiedade, medo, insegurança, dor, conhecimento, adesão ao regime medicamentoso e comportamento de procura de saúde, tendo as intervenções realizadas sido valorizadas pela mãe aquando da alta, verbalizando o seu agradecimento, e pelo abraço e sorriso carinhosos da criança. Também a colaboração interprofissional foi salientada pela pediatra e pela médica do INML.

Esta experiência despoletou uma reflexão em equipa sobre a assistência à criança e família em situação de maus-tratos pelo enfermeiro, pois habitualmente aquele que foi o acompanhamento realizado pela formanda, não acontece habitualmente. Também outras reflexões aconteceram com os enfermeiros em contexto de passagem de turno, sobre situações de risco identificadas que ocorreram ao longo do estágio, verificando-se uma grande sensibilidade por parte da equipa de enfermagem para estas questões. Foi também enriquecedora a partilha de experiências com a enfermeira interlocutora do NHCJR que também integra o grupo de trabalho do SUP, no âmbito dos maus-tratos. Para melhor compreendermos os processos de enfermagem relativos a situações de maus-tratos, foi-nos proposto e possibilitada, pelo enfermeiro chefe e enfermeiro de referência, a observação dos

vários instrumentos de registo de enfermagem relativos a processos com o código de agressão correspondentes a um semestre do ano de 2012, concluindo-se haver algumas lacunas nos registos dos cuidados de enfermagem prestados em todos os postos de trabalho.

Todas estas experiências foram sendo partilhadas com o enfermeiro de referência e o enfermeiro chefe, identificando-se a necessidade de implementar uma estratégia de melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros à criança em risco ou vítima de maus-tratos. Para a consecução deste objetivo, propusémos a elaboração de um instrumento de trabalho: procedimento setorial para a urgência pediátrica relativo aos cuidados de enfermagem à criança e família em situação de maus-tratos (Apêndice VII). A proposta foi também apresentada ao grupo de trabalho do SUP que concordou com a opção escolhida.

Estabelecemos então para este instrumento de trabalho os seguintes objetivos: identificar cuidados que assegurem a deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento das crianças e família em risco ou vítimas de maus tratos que recorrem à Urgência Pediátrica (UP); promover a continuidade de cuidados de enfermagem ao utente acima designado, uniformizar e garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem. A sua elaboração teve por base os procedimentos multisectoriais existentes neste âmbito ao nível da instituição e a pesquisa bibliográfica realizada. Alguns estudos revelam que a existência de instrumentos de trabalho, protocolos, fluxogramas de atuação, o treino e formação são elementos facilitadores para que os enfermeiros intervenham na violência (Beymon, Gutmanis, & MacMillan, 2012), reconheçam os seus papéis e responsabilidades, saibam identificar fatores de risco e indicadores de maus-tratos e tenham conhecimento sobre a referência a fazer (Bournnell & Prosser, 2010). Gibbons (2011) refere que a prática de colocar questões relevantes acerca da violência deveria ser parte da avaliação da rotina na Urgência, sendo da responsabilidade dos enfermeiros identificar o risco/perigo, reconhecer sinais de violência, colocar questões pertinentes, intervir nas necessidades e proceder ao devido encaminhamento. O mesmo autor reforça ainda a necessidade da correta documentação de todo este processo, aspeto salientado ainda por McKenzie & Scott (2012) que alertam para o fato de o registo inadequado da suspeição do risco ou identificação dos maus-tratos dificultar o processo de identificação e acompanhamento das situações.

Acerca dos enfermeiros em contexto de urgência, a revisão sistemática de literatura realizada por Olive (2007) indica que estes profissionais devem reconhecer a complexidade das

situações de maus-tratos e das suas consequências na criança e na família, demonstrar empatia, assegurar privacidade e promover a sua segurança. O estabelecimento de objetivos imediatos deve ser focado nas necessidades da criança e da família, estabelecendo um plano de cuidados em parceria, facilitando e assegurando também o consentimento informado acerca dos procedimentos, respeitando as suas decisões. O enfermeiro assume ainda um papel importante na partilha de informação acerca do problema e dos recursos disponíveis, bem como na referenciação para outros profissionais e entidades.

O procedimento setorial elaborado contempla assim as intervenções a serem realizadas na avaliação (colheita de dados) ao nível da triagem, as orientações para o acompanhamento da criança e família após o processo de triagem, com destaque para o acompanhamento das situações de abuso sexual, dado a sua especificidade, e finalmente as intervenções relacionadas com o encaminhamento. Uma vez que nos tinha sido dado conhecimento por uma enfermeira do grupo de trabalho dos maus-tratos que teria de ser planeada, a curto-prazo, formação em serviço nesta área, propusemos à mesma, ao enfermeiro de referência e ao enfermeiro chefe, a realização de uma ação de formação que contemplasse a revisão de alguns conceitos no âmbito da violência contra a criança, refletisse sobre o papel do enfermeiro na urgência pediátrica no âmbito dos maus-tratos e apresentasse a proposta por nós elaborada relativa ao instrumento de apoio à prática de cuidados. Com o parecer positivo de todos os intervenientes, procedemos à elaboração do plano de ação de formação (Apêndice VIII), à divulgação junto da equipa de enfermagem, em contexto de passagem de turno e pela fixação de poster na sala de enfermagem (Apêndice IX), e à realização da ação de formação, em horário instituído no SUP para a formação em serviço, através de uma apresentação em *powerpoint* (Apêndice X). Apesar do número reduzido de enfermeiros presentes, devido a alguns constrangimentos existentes no SUP, o trabalho realizado foi valorizado, sendo viável a aprovação do Procedimento Setorial após reavaliação por toda a equipa, nomeadamente pelo grupo de trabalho do SUP. Os enfermeiros expressaram ainda a sua opinião sobre a ação formativa através do preenchimento de uma grelha de avaliação (Apêndice XI) revelando uma avaliação positiva (Apêndice XII) o que nos fez considerar que atingimos os objetivos a que nos propusemos.

Foi ainda em período da prática clínica e fruto de pesquisa efetuada que tivemos conhecimento da realização do 3º Congresso sobre o Abuso e Negligência de Crianças,

promovido pela Sociedade Portuguesa para o Estudo da Criança Abusada e Negligenciada , intitulado de “Violência Tolerada”, e no qual podemos estar presentes. Esta foi uma experiência com um impacto significativo no nosso processo formativo, pois permitiu o aprofundamento de conhecimentos sobre alguns aspetos relacionados com a violência contra a criança, sustentados na evidência científica e por isso essenciais para a tomada de decisão e intervenções preventivas. Foram divulgados vários estudos de investigação produzidos por profissionais de várias áreas e setores implicados na intervenção nos maus-tratos, com foco em práticas abusivas ainda toleradas pela sociedade, onde nós profissionais de saúde nos incluímos, como a exposição das crianças a imagens violentas (na tv e na internet), a exposição à violência doméstica entre os seus cuidadores e a utilização do castigo corporal como forma de disciplina, a violência nas relações de namoro, a violência escolar, entre outras. Foi também um espaço de partilha, entre os vários profissionais, onde a presença escassa de enfermeiros na plateia se notou e a ausência de trabalhos desenvolvidos por enfermeiros foi uma realidade. Dada a riqueza da experiência decidimos partilhar com a equipa de enfermagem os principais dados colhidos e a sua relevância para a prática de enfermagem.

No final deste percurso de assistência à criança e família em contexto de urgência pediátrica, vimos desenvolvidas competências ao nível de domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria da qualidade distinguindo-se que “incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade da prática” e “identifica oportunidades (...) estabelece prioridades(...) e seleciona estratégias de melhoria” e na gestão de cuidados visto que “otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Consideramos ainda ter desenvolvido competências, atingindo os seguintes critérios de avaliação “comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis”, “demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.” “identifica situações de risco para a criança e jovem” “Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos” “Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória” (Ordem dos Enfermeiros, 2010)

3.5. Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados

Ao longo de quatro semanas o nosso percurso formativo ocorreu em contexto de trabalho, dando a possibilidade de nos centrarmos no problema inicial que nos fez traçar a trajetória da UCER- dificuldades sentidas na equipa no âmbito do cuidar perante situações de maus-tratos, reais ou potenciais, com identificação pela equipa deste foco como necessidade formativa. Todos os períodos de prática clínica nos restantes contextos, as experiências vividas, as estratégias observadas implementadas nesses contextos, a pesquisa bibliográfica intensa foram essenciais para nos dar uma nova perspetiva sobre o problema e redefinirmos a estratégia a implementar no nosso contexto de forma a contribuirmos para a melhoria dos cuidados.

Para além dos contributos mencionados, considerámos pertinente e enriquecedor proceder a um aprofundamento temático da área em estudo, através da recolha do testemunho de enfermeiros que diariamente prestam cuidados à criança e família na nossa instituição, oscutando a sua experiência e opinião no âmbito dos maus tratos. Pretendemos com esta estratégia alcançar os seguintes objetivos: identificar as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros no âmbito dos cuidados à criança e família em situação de maus-tratos; identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros aos três níveis de prevenção dos maus-tratos à criança; identificar o contributo dos enfermeiros/enfermeiro EESIP na intervenção dos maus-tratos à criança. Tendo em conta os objetivos estabelecidos, a metodologia selecionada foi a qualitativa, com recurso à entrevista semiestruturada como instrumento de recolha de dados. Foi elaborado previamente um guião de entrevista (Apêndice XIII) e a fim de validar este instrumento e verificar a explicitação e compreensão das questões, foi realizado um pré teste a 2 enfermeiras não participantes a exercerem funções na mesma instituição hospitalar, não se revelando necessária a reformulação do instrumento. Desde o pedido de colaboração ao processo de recolha de dados, não foi esquecido o cumprimento dos princípios éticos, de modo a garantir a participação voluntária e esclarecida dos indivíduos. À instituição de saúde foi pedida a respetiva autorização para a aplicação do instrumento nomeado. A todos os participantes foi solicitado o seu consentimento informado, disponibilizando informação escrita e oral acerca do âmbito do trabalho, respetivos objetivos, assegurando a confidencialidade da informação e privacidade no tratamento dos dados. Foi ainda pedida autorização para proceder à gravação áudio da entrevista, assegurando-se a sua interrupção

sempre que solicitado. As entrevistas foram programadas consoante a disponibilidade dos participantes e decorreram em local escolhido pelos mesmos. Tiveram uma duração média de cerca de 40 min e ocorreram nos meses de Janeiro e Fevereiro, em tempo de prática clínica nos contextos da Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados e Serviço de Urgência Pediátrica. Contudo, esta atividade foi interrompida, pois não foi possível a transcrição integral dos dados colhidos das entrevistas através do registo áudio, conforme preconizado, pondo em causa a qualidade da análise. Uma vez que a repetição das entrevistas se tornou inviável, permaneceram como contributo neste percurso formativo, não só as competências desenvolvidas na preparação e aplicação deste instrumento de pesquisa, como a retenção das ideias chave que fomos registando no decorrer da entrevista (Apêndice XIV).

O discurso dos enfermeiros foi de encontro àquela que foi sendo a nossa compreensão acerca do papel e envolvimento dos enfermeiros na prevenção dos maus-tratos e o que a evidência científica nos reporta. O desenvolvimento da prática de cuidados à criança e família requer mudanças não só a nível do desenvolvimento profissional, no sentido de aumentar o conhecimento e competências individuais no âmbito dos maus-tratos, mas também a transformação dos contextos e culturas nos quais os cuidados de enfermagem se desenvolvem, de forma a assegurar a satisfação de necessidades da criança e da família. Estes são dois eixos fundamentais que devem ser facilitados e suportados para que ocorra um processo contínuo de qualidade com vista à eficácia dos cuidados centrados no utente (Garbett & McCormack, 2008). Segundo os mesmos autores é ainda necessário identificar fatores que impedem essa melhoria e encontrar soluções para além das barreiras que possam existir.

Foi neste sentido que privilegiámos a observação e análise do contexto de trabalho, para melhor estabelecermos um diagnóstico de situação. Existem na instituição hospitalar e na UCPQ vários fatores potenciadores da mudança. A missão, valores, visão e objetivos da instituição enquadram a intervenção nos maus-tratos, existindo uma política de identificação e proteção do doente vulnerável que se operacionaliza através de protocolos de atuação multisectoriais que sistematizam e uniformizam procedimentos no apoio à criança vítima de maus-tratos, desenvolvidos pelo NHACJR. Na UCPQ existe uma equipa de enfermagem proativa na implementação de estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança e família, envolvendo-se em projetos institucionais e outros internos e específicos da Unidade, assumindo como filosofia, os cuidados centrados na

família. Existe um forte investimento no desenvolvimento de estratégias de formação contínua e na formação pós graduada, existindo 4 enfermeiras EESIP, 1 enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e 1 enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. O processo de enfermagem é desenvolvido com recurso ao Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem(SAPE) utilizando a CIPE como referencial de linguagem. Da equipa de enfermagem, três enfermeiras tiveram experiência e formação mais aprofundada na área dos maus-tratos decorrentes da sua prática profissional e no âmbito da especialização em SIP.

Também identificámos, por outro lado, aspetos menos positivos e que constituem eixos importantes de melhoria. Considerando que o processo de enfermagem é a metodologia científica que consubstancia a prestação de cuidados, encontrámos no sistema de apoio à prática de enfermagem (SAPE) um obstáculo à prática de enfermagem que se pretende sistemática e centrada na família. Os dados incluídos na lista de Avaliação Inicial de Enfermagem são insuficientes para traduzirem uma avaliação sistémica da criança e da família, indispensável, como temos vindo a referir ao longo deste trabalho, para identificar fatores de risco e protetores de maus tratos. Embora a CIPE versão 2 defina como áreas de atenção relevantes para a enfermagem, a violência, a violência doméstica, o abuso conjugal, o abuso de menor, o abuso sexual, entre outros focos (Ordem dos Enfermeiros, 2011), nenhum deles se encontra com um padrão documental parametrizado, quer na Unidade quer no Hospital, de acordo com uma colega que pertence ao grupo de projeto de implementação da CIPE. Também se verificou pela consulta de processos, que raramente são levantados focos e diagnósticos e consequentemente intervenções que reflitam os cuidados reais prestados diariamente no âmbito dos cuidados centrados na família. A importância associada ao registo inapropriado dos cuidados de enfermagem em contextos de risco ou maus-tratos prende-se a aspetos fundamentais. Por um lado, numa área tão complexa, vemos comprometida a desejável e necessária continuidade de cuidados. Por outro, o registo clínico é uma importante fonte de informação sobre a criança que recorre ao hospital, e evidência para a tomada de decisão no âmbito da aplicação de medidas de promoção e proteção da criança e ou mesmo intervenção judicial (McKenzie & Scott, 2012). Estes dados evidenciaram a necessidade de sensibilização da equipa. Enquanto instrumento de apoio à continuidade de cuidados e articulação com a comunidade, a Carta de Alta de Enfermagem está pouco adequada à transmissão de informação relevante sobre os cuidados dirigidos à família.

Expusemos as nossas constatações junto da enfermeira responsável pela implementação da CIPE e enfermeira coordenadora e após reflexão conjunta elaborámos uma proposta para o desenvolvimento de um projeto de intervenção (Apêndice XV), sendo que o planeamento de programas de melhoria é competência do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O projeto que designámos de **“A Criança e Família em Situação de Maus-Tratos: Cuidar na Unidade de Cirurgia Pediátrica e Unidade de Queimados”** tem como visão promover a qualidade dos cuidados prestados à criança e família através da intervenção nos maus-tratos e pretende atingir os seguintes objetivos: sensibilizar os enfermeiros para a problemática dos maus-tratos; sistematizar e uniformizar os cuidados de enfermagem à criança e família em situação de maus-tratos e melhorar a continuidade de cuidados de enfermagem, nomeadamente entre a Unidade de Cirurgia Pediátrica e Unidade de Queimados dos Hospital Dona Estefânia, com as Unidades Funcionais da comunidade (cuidados de saúde primários). Para a sua consecução definimos as seguintes estratégias:

- Formação aos enfermeiros
- Criação de suporte bibliográfico de apoio à tomada de decisão
- Implementação de um grupo de projeto – Enfermeiros de Referência
- Revisão e adequação dos conteúdos da lista de Avaliação Inicial de Enfermagem
- Elaboração de um Padrão Documental em CIPE e parametrização no SAPE
- Revisão e adequação da carta de alta/continuidade de cuidados de Enfermagem.

Durante a nossa permanência em Estágio, tivemos possibilidade de dar início ao projeto através da organização do Dossier “A criança em situação de maus-tratos–Apoio aos cuidados de enfermagem”. Nele constam: a CDC, legislação relativa à intervenção nos maus-tratos, documentos técnicos da “Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco”, ficha de sinalização ao NHACJR, procedimentos multisectoriais e um conjunto de artigos resultantes da pesquisa bibliográfica nas bases de dados científicas.

Após reunião com a enfermeira dinamizadora da formação, integrámos no Plano Anual de Formação da UCPQ para 2013, três ações de formação à equipa de enfermagem no âmbito dos maus-tratos, sendo a primeira sido agendada para Maio. No sentido de dar inicio a este

processo, elaborámos o Plano de Ação de Formação (Apêndice XVI) e construímos a apresentação em *Powerpoint* (Apêndice XVII). Estabelecemos como objetivos sensibilizar e mobilizar a equipa de enfermagem para a intervenção nos maus-tratos à criança. Mais especificamente pretendemos contextualizar a intervenção nos maus-tratos no âmbito da saúde, explicitar conceitos relativos à violência contra as crianças, refletir sobre o papel do enfermeiro em contexto hospitalar e apresentar o projeto de intervenção para a UCPQ.

Um dos aspetos que pretendemos dar ênfase com esta formação e com este projeto de uma forma geral, prende-se com a promoção da consciencialização dos enfermeiros acerca do seu papel na defesa dos direitos da criança, da responsabilidade ética, legal e profissional na sua prática de cuidados e da importância das intervenções que realizam no contexto dos maus-tratos para que possam mobilizar essas ações de forma intencional, estando sensibilizados para este fenómeno.

Paralelamente às atividades que acabámos de descrever, tivemos dentro da equipa, um papel de referência, assumindo a responsabilidade pelo acompanhamento das crianças e famílias nas quais se identificaram alguns fatores de risco ou existia a suspeição de maus-tratos, permitindo a mobilização das aprendizagens adquiridas ao longo de todo o restante período formativo, bem como a continuação do desenvolvimento de competências especializadas com enfoque nesta área de intervenção. Ao longo de praticamente todo o tempo de estágio nesta Unidade acompanhámos o internamento de uma criança e família sinalizada à CPCJ pela assistente social. A criança tinha sofrido uma queimadura grave, extensa. A avaliação da criança e família suportada pelo referencial teórico de Betty Neuman, mostrou-se uma mais valia, pois conseguimos aceder a um conhecimento aprofundado daquele sistema, identificando vários stressores presentes e potenciais na vida daquela criança e família, várias necessidades e a mobilizar intervenções preventivas, primárias, secundárias e terciárias. O restabelecimento do equilíbrio desta família, requereu a intervenção e o empenho de todos os enfermeiros, a articulação e colaboração com vários profissionais da equipa, nomeadamente assistente social, pedopsiquiatra, pediatra, professora e articulação com a equipa de enfermagem da Unidade Funcional da família no sentido da continuidade de cuidados e mobilização de recursos comunitários como a Associação Amigos dos Queimados. Esta foi uma situação de cuidados que considerámos ter contribuído não só para o crescimento e desenvolvimento daquele sistema familiar como também de toda a equipa. Ao longo de todo o

caminho percorrido, conseguimos desenvolver a capacidade de mobilização dos elementos essenciais aos cuidados centrados na família o que, como em outras situações, são determinantes para a qualidade dos cuidados à criança. Perante situações de maus-tratos, é imprescindível os enfermeiros tomarem consciência dos seus próprios sentimentos, valores, crenças para que possam estabelecer com a família uma relação terapêutica. Barton (2002) refere que embora possa ser difícil para os enfermeiros a perceção das forças e competências da família que maltrata a criança, torna-se exigente a sua mobilização e suporte, pois apenas através delas se pode perspetivar alguma mudança que concorra para a melhoria dos cuidados à criança. Reconhecendo a família como central na vida da criança, e promovendo a colaboração e parceria nos cuidados, o enfermeiro tem a oportunidade para avaliar as suas necessidades, disponibilizar o suporte necessário, apoiá-la no desenvolvimento de competências parentais e da sua capacidade de tomada de decisões, o que possivelmente contribuirá para a interrupção do ciclo de violência.

No momento da alta da criança e da família, os agradecimentos e emoções que emergiram entre a família e a equipa traduziram a qualidade da relação estabelecida entre ambos. Já em contexto de passagem de turno, e concordando com Garbett & McCormack (2008) que referem que o ambiente no qual as pessoas são valorizadas, em que têm noção do que fazem e têm feedback acerca da sua performance é um ambiente mais propício ao desenvolvimento, promovemos uma reflexão acerca dos cuidados prestados a esta família e a esta criança, salientando o esforço da equipa e os ganhos que obtivemos com os cuidados prestados orientados para o Superior Interesse da Criança.

Finalizada a prática clínica em contexto de trabalho consideramos ter desenvolvido as competências especializadas no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria da qualidade, nomeadamente pelo planeamento de programas de melhoria, no domínio da gestão de cuidados, pois “otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Foram ainda no desenvolvimento de competências especializadas específicas, atingidos os seguintes critérios de avaliação: “Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão de processos específicos de saúde /doença; estabelece e mantém

redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados; Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico; identifica situações de risco para a criança e jovem; assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos; Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde e facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É longo o caminho que a sociedade em geral tem de percorrer para a defesa e proteção dos direitos das crianças. Ainda são muitas as mudanças a realizar e as forças a mobilizar para assegurarmos às crianças o crescimento e desenvolvimento em plenitude, proporcionando-lhes uma infância e juventude livre de maus-tratos.

Longo será também o caminho que a formanda ambiciona percorrer como futura EESIP na prevenção da violência e na procura constante da excelência dos cuidados à criança e família, dando continuidade ao desenvolvimento de competências, conhecimentos e projetos resultantes do percurso formativo que este relatório descreve. Embora por vezes solitário e até desconcertante pelas experiências vividas, foi um percurso de uma grande riqueza formativa, profissional e humana indiscutível, pelo que descrevê-lo de forma sucinta, foi a principal dificuldade encontrada na elaboração deste relatório.

O processo de desenvolvimento de competências aconteceu de forma gradual ao longo de todos os contextos da prática clínica. Estes permitiram a consolidação de conhecimentos, possibilitaram várias aprendizagens, conhecer e refletir sobre outras abordagens de cuidar a criança e a família e mobilizar os saberes da nossa prática, reformulando-os e ajustando-os às especificidades encontradas. Pautámos o nosso desempenho com dedicação, humildade, respeito e empenho para que das experiências da prática, aliadas a uma reflexão suportada e estruturada, combinadas com um ímpeto e desejo de desenvolvimento, resultasse a principal fonte de aprendizagem e questionamento. Ao longo do estágio e enquanto futura EESIP acreditamos que todas as atividades implementadas constituíram contributos válidos para a prevenção dos maus-tratos resultando no *empowerment* pessoal, das equipas com quem partilhamos este percurso e especialmente das crianças e famílias, agindo sempre no seu Superior Interesse.

No futuro perspetivamos enfatizar o projeto de intervenção em contexto de trabalho e desenvolvê-lo de forma a responder mais eficazmente à complexidade da violência e se possa traduzir em ganhos efetivos para a criança a família e para o desenvolvimento da prática de enfermagem pediátrica, na qual a investigação terá o seu lugar e constituirá o maior desafio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, B., & Hayes, J. (2005). Practice applications of research: assessment of child abuse risk factors by advanced practice nurses. *Pediatric Nursing* , pp. 498-502.

APAV. (Fevereiro de 2013). *Estatísticas APAV: Relatório Anual 2012* . Obtido em 2 de Abril de 2013, de APAV: http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Totais_Nacionais_2012.pdf

Associação Portuguesa de Portadores de Trissomia 21. (2013). *Quem somos*. Obtido em 20 de 01 de 2013, de APPT21: http://www.appt21.org.pt/?page_id=2

Bacelar, M. (17 de Fevereiro de 2010). *Serviços aos Cidadão : Saúde Comunitária- Unidades Móveis de Saúde*. Obtido em 13 de Janeiro de 2013, de Rede Comum do Conhecimento: <http://www.rcc.gov.pt/Directorio/Temas/ServicosCidadao/Paginas/Sa%C3%BAdedeComunit%C3%A1ria---Unidades-M%C3%B3veis-de-Sa%C3%BAdede.aspx>

Barros, L. (2001). A unidade de cuidados intensivos de neonatologia como unidade de promoção do desenvolvimento. In M. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 297-316). Coimbra: Quarteto.

Barton, S. (2002). Family-centered care when abuse and neglect is suspected. *Journal of the Society of Pediatric Nursing* , 5, pp. 96-99.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

Beymon, C. E., Gutmanis, L. M., & MacMillan, H. L. (2012). Why physicians and nurses ask(or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health* .

Bilgin, H., & Kucuk, L. (May de 2010). Raising an Autistic Child: Perspectives from Turkish Mothers. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* , 23, pp. 92-99.

Bond, C. (15 de Novembro de 2012). *Positive Touch Programme in the Neonatal Unit*. Obtido em 4 de Novembro de 2012, de Cherry Bond Nurse Positive Touch Specialist Neonatal Nurse:

<http://www.cherrybond.com/Positive%20Touch%20Programme%20in%20the%20NICU.html>

Bournsnel, M., & Prosser, S. (April/May de 2010). Increasing identification of domestic violence in emergency departments: a collaborative contribution to increasing the quality of practice of emergency nurses. *Contemporary Nurse* , pp. 35-44.

Calheiros, M. M., Garrido, M. V., & Santos, S. V. (2012). *Crianças em Risco e Perigo: Contextos, Investigação e intervenção* (Vol. 2). Lisboa: Edições Sílabo.

Cardoso, I. H. (2012). Violência na escola e em contexto educativo. In L. M. Larcher, *Violência sobre crianças* (p. 193-199). Lisboa: Babel.

Centers for Disease Control and Prevention. (s.d.). *Strategic Direction for Child Maltreatment: Preventing Child Maltreatment Through the Promotion of Safe, Stable and Nurturing Relationships Between Children and Caregivers*. Obtido em 22 de Março de 2013, de Centers for Disease Control and Prevention: http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/cm_strategic_direction--long-a.pdf

Despacho nº31292/2008 de 5 de Dezembro. (2008). *Direitos das Crianças*. Obtido em 10 de Fevereiro de 2013, de Comissão Nacional de Crianças e Jovens em Risco: http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=2217&m=PDF

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica- Um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Direção-Geral da Saúde. (Outubro de 2012). *Documentos e Publicações*. Obtido em 23 de Junho de 2012, de Direção- Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/acao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco-comissao-de-acompanhamento-relatorio-2011.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (08 de 02 de 2002). Circular Normativa. *Notícia de Nascimento* . Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (2007). *Crianças e Jovens em Risco:projecto de intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (Fevereiro de 2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (Novembro de 2008). Maus-tratos em Crianças e Jovens. Intervenção da Saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (2005). Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação. 2ª edição. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Doll, L. S., Bonzo, S. E., Sleet, D. A., & Mercy, J. A. (2007). *Handbook of Injury and Violence Prevention*. USA: Springer.

Eisbach, S. S. (2009). *Narratives of nursing practice in the identification and care of maltreated children*. United States: ProQuest.

Figueiredo, M. H. (2009). Enfermagem de Família: um contexto do cuidar. Lisboa, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Finn, C. (2011). Forensic nurse's experiences of receiving child abuse disclosures. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, pp. 252-262.

Forsythe, P., Maher, R., Kirchick, C., & Bieda, A. (2007). Safe discharge for infants with high-risk home environment. (N. A. Nurses, Ed.) *Advances in Neonatal Care*, 7, pp. 69-75.

Gaiva, M. (JAn/Abril de 2006). Cuidar em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado. *Cogitare Enfermagem*, pp. 61-66.

Garbett, R., & McCormack, B. (2008). A Concept Analysis of Practice Development. In B. McCormack, K. Manley, & R. Garbett, *Practice Development in Nursing* (4th ed., pp. 10-29). United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.

Gibbons, L. (July de 2011). Dealing with the effects of domestic violence. *Emergency Nurse*, pp. 12-17.

Gibson, S. E., & Lyinn, C. E. (2008). Legal Caring: preventing retraumatization of abused children through the caring nursing interview using Roach's Six CS. *International Journal for Human Caring*, 12, pp. 32-37.

Grupo Comunitário da Alta de Lisboa. (2009). *documentos*. Obtido em 5 de 10 de 2012, de Alta de Lisboa Grupo Comunitário: http://grupocomunitarioalta.files.wordpress.com/2010/03/estudo_alta_de_lisboa.ppt

Hardy, S., Titchen, A., McCormack, & Manley, K. (2009). *Revealing nursing expertise through practitioner inquiry*. United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.

Honoré, B. (2013). *O cuidar em perspectiva*. Loures: Lusociência.

Howard, P. K., & Steinmann, R. A. (2011). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. Loures: Lusociência.

ICN. (12 de Maio de 2008). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários. Genebra: ICN - International Council of Nurses.

Jaffee, S. R., & Maikovich-Fong, A. K. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities . *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* , pp. 184-193.

Keys, M. (2007). *The Role of Nurses and midwives in child protection: a report for Scottish Executive*.

Koetting, C., Fitzpatrick, J. J., Lewin, L., & Kilanowski, J. (5 de July de 2011). Nurse practitioner knowledge of child sexual abuse in children with cognitive disabilities. *Journal of Forensic Nursing* , pp. 72-80.

Krug, E. G., Dahlberg, L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.

Kuhlthau, K. A., Bloom, S., Cleave, V. C., Knapp, A. A., Romm, D., Klatka, K., et al. (March-April de 2011). Evidence for Family-Centered Care for Children with Special Health Care Needs: a Systematic Review. *Academic Pediatrics* , pp. 136-143.

Land, M., & Barclay, L. (March de 2008). Nurse's contribution to child protection. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing* , pp. 18-24.

Lazenbatt, A., & Freeman, R. (2006). Recognizing and reporting child physical abuse: a survey of primary health care professionals. *Journal of Advanced Nursing* , pp. 227-236.

Le Boterf, G. (Junho de 2006). Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar. *Pessoal* , pp. 60-63.

Levac, A., Wright, L., & M., L. (2002). Children and Families: Models for assesement and intervention. In J. Fox, *Primary Health Care of Infants, Children and Adolescents* (pp. 10-19). ST Louis: Mosby.

Lei nº147/99 de 1 de Setembro (1999). Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. *Diário da República I Série, Nº204 (1-9-1999) 6115- 6232*

Lei nº59/2007 de 4 de Setembro (2007). Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei nº400/82, de 23 de Setembro. *Diário da República I Série, Nº170(4 Setembro 2007)6181-6258*

Lopes, M. A. (2011). *Relatório de Actividades do NHACJR* . Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central.

Lopes, M. (Março de 2012). Apoiar na Parentalidade Positiva: áreas de intervenção de enfermagem. Instituto de Ciências da saúde: Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento em Enfermagem

Lopes, M., Catarino, H., & Dixe, M. (Julho de 2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência* , pp. 109-118.

MacMillan, G. (October de 2008). Preventing Child Maltreatment: an evidence-based update. *Journal of Postgraduate Medicine* , pp. 280-285.

Magalhães, T. (2002). *Maus tratos em crianças e jovens*. Coimbra: Quarteto.

Malheiro, M. I. (2º semestre de 2011). Efeito dos Campos Terapêuticos na Funcionalidade, Auto-Estima, Auto-Conceito e Auto-Eficácia da Criança e do Adolescente com Incapacidade e/ou Doença Crónica: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem* , 15.

Masters, K. (2009). Framework for professional nursing practice. In K. Masters, *Role development in professional nursing practice* (p. 56). United States of America: Jones and Bartlett Publishers.

- McDowell, B. M. (April de 2006). Caring for the child victims: countering the effects of domestic violence. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* , pp. 129-132.
- McDowell, B. (2011). Using the Neuman Systems Model to Pediatric Nursing Practice. In B. Neuman, & J. Fawcett, *The Neuman systems model* (fifth ed. ed., pp. 223-235). Pearson.
- McKenzie, K., & Scott, D. A. (2012). Quantity of documentation of maltreatment risk factors in injury- related paediatric hospitalisations. *BMC Public Health* .
- Melnyk, B., Crean, H., Fennstein, N., & Fairbanks, E. (2008). Maternal anxiety and depression after a premature infant's discharge from the neonatal intensive care unit: explanatory effects of the creating opportunities for parent empowerment program. *Nursing Research* , 57 (3), pp. 383-394.
- Menezes, B. (Maio de 2013). Combater os Maus Tratos em Crianças e Jovens. *Revista da Ordem dos Enfermeiros* , pp. 17-18.
- Ministério da Saúde. (2012). *PNS 2012-2016*. Obtido em Junho de 2012, de Plano Nacional de Saúde 2012-2016: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- Mulvihill, D. (2007). Nursing care of children after a traumatic incident. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* , pp. 15-28.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. United States of America: Appleton & Large.
- Neuman, B. (2011). The Neuman Systems Model. In B. Neuman, & J. Fawcett, *The Neuman Systems Model* (fifth ed ed., pp. 3-33). Pearson.
- Notarianni, M. A., Clements, P. T., & Tillman, H. J. (2007). Caring for the future: strategies for promoting violence prevention in pediatric primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* , pp. 306-314.
- Obeidat, H. M., Bond, E. A., & Callister, L. C. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The Journal of Perinatal Education* , 18, pp. 23-29.

OECD. (2011). Child Maltreatment. In OECD, *Doing Better for Families* (pp. 245-275). OECD.

Olive, P. (May de 2007). Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base . *Journal of Clinical Nursing* , pp. 1736-1748.

Oliveira, M. S. (2009). A intergeracionalidade da violência nas relações de namoro. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.* , pp. 162-170.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (Setembro de 2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Serie I, número 3. *Guia Orientador de Boa Prática , 1* . Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (11 de julho de 2008). *Parecer da Ordem dos Enfermeiros sobre: Condições para o funcionamento das maternidades*.

Ordem dos Enfermeiros. (29 de Maio de 2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (20 de Outubro de 2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril). In *Repe e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* (pp. 11-22). Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (22 de Outubro de 2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

- Pinheiro, P. S. (2006). *World Report on Violence Against Children*. Geneva: United Nations Publishing Services.
- Rowse, V. (2009). Support needs of children's nurses involved in child protection. *Journal of Nursing Management* , pp. 659-666.
- Sanders, J. (2009). Family-Centered Care of the Child During Illness and Hospitalization. In M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (pp. 659-685). Canada: Mosby Elsevier.
- Santos, A. (2011). NIDCAP : Uma Filosofia de Cuidados . *Nascer e Crescer* , pp. 26-31.
- Serrano, M. T., Costa, A., & Costa, N. M. (Março de 2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem de Referência* , pp. 15-23.
- Sullivan, P. M. (June de 2009). Violence Exposure among Children with Disabilities. *Clinical Child and Family Psychology Review* , pp. 196-216.
- Teufel, S. S., M.José, F., & BanaCloig, E. M. (2004). *Promoção e Protecção dos Direitos das Crianças: guia de orientações para os profissionais de saúde na abordagem de situações de maus-tratos ou outras situações de perigo*. (E. Adverbatum, Trad.) Generalitat valenciana.
- Tingberg, B., Bredlov, B., & Ygge, B.-M. (2008). Nurses'experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal of Clinical Nursing* , pp. 2718-2724.
- Turan, T., Basbakkal, Z., & Ozbek, S. (2008). Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing* , 17, pp. 2856-2866.
- UNICEF. (2004). *Convenção sobre os Direitos das Crianças*. Obtido em 22 de Junho de 2012, de UNICEF Portugal: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- UNICEF. (s.d.). *Direitos da Criança*. Obtido em 22 de Junho de 2012, de UNICEF Portugal: <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101111&m=2>

UNICEF. (2012). *Situação Mundial da Infância 2012: Crianças em um Mundo Urbano*. New York, USA: United Nations Children's Fund.

Varela, N. (2008). *Maus tratos e protecção social de menores: operacionalização e eficácia das medidas de protecção*. Porto: Faculdade de Letras.

Wright, L. M., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.

Zimmerman, F., & Mercy, J. A. (May de 2010). A Better Start: child maltreatment prevention as a public health priority. *Zero to Three* , pp. 4-10.

APÊNDICES

Apêndice I

Folheto de Divulgação do NACJR

Criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo... (art. 1)

O Estado deve proteger a criança contra todas as formas de maus tratos por parte dos pais ou de outros responsáveis pelas crianças e estabelecer programas sociais para a prevenção dos abusos e para tratar as vítimas (art. 19)

A Convenção sobre os Direitos das Crianças



Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do Centro de Saúde do Lumiar

Morada: Alameda das Linhas de Torres, nº243
Telefone: 217627110/217627182
Fax: 217627182
E-mail: nacjr@cslumiar.min-saude.pt

Horário de Funcionamento:
2ª a 6ª f- 9h00 às 17h00



Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco



Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do Centro de Saúde do Lumiar

Em Abril de 2007, após despacho ministerial, teve início o desenvolvimento de um projeto de intervenção sobre "Crianças e Jovens em Risco", tendo-se iniciado a criação de uma rede de Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco. Foi neste contexto que a 27 de Junho de 2007 foi constituído o NACJR do Centro de Saúde do Lumiar inserido na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar, no qual um grupo de profissionais sempre mostrou grande preocupação e sensibilidade para a deteção precoce de sinais de alerta e risco de maus tratos.

O projeto adquiriu um novo estatuto e dinâmica acrescidas com a criação e regulamentação da **Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco**, através do despacho ministerial nº31292/2008.



Quem somos?

Somos uma equipa multidisciplinar composta por vários técnicos: 3 enfermeiras, 1 médica, 2 psicólogas e 2 técnicas do serviço social.

O que fazemos?

Intervimos ao 1º nível da promoção e proteção das crianças e jovens, **detetando, acompanhando** e dando o devido encaminhamento às situações em que existe suspeita, risco/perigo ou em que seja constatada uma situação de maus-tratos numa criança ou jovem. A identificação e resolução dos fatores que poderão colocar as crianças e jovens em risco/perigo é sempre realizada em parceria com os pais ou outros responsáveis legais da criança ou jovem e em articulação com outros parceiros do 1º nível de intervenção (escolas, jardins de infância, autarquias, associações...). Quando a nossa ação se verifica inadequada e insuficiente para remover o perigo, sinalizamos as situações às entidades de 2º e 3º níveis de intervenção (CPCJ e Tribunais).

Qual a nossa área de abrangência?

Exercemos a nossa atividade nas freguesias do Lumiar, Charneca e Ameixoeira.

O que são situações de perigo?

De acordo com a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, no nº2 do artº 3º—Lei nº 147/99 de 1 Setembro- poderão ser consideradas de perigo para a criança ou jovem as seguintes situações:

Estar abandonada ou viver entregue a si própria;

Sofrer maus-tratos físicos, psíquicos ou ser vítima

de abusos sexuais;

Não receber os cuidados ou o afeto adequados à sua idade e situação pessoal;

Ser obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e condição de pessoas, prejudiciais ao seu crescimento e desenvolvimento;

Estar sujeita, de forma dietal ou indolente, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança.

Como sinalizar ao NACJR?

Todas as pessoas que tenham conhecimento ou suspeição de situações referidas anteriormente podem entrar em contato

Morada: Alameda das Linhas de Torres, nº 243

Telefone: 217527110/217527182

Fax: 217599567

E-mail: nacjr@cslumiar.min-saude.pt



Apêndice II

Poster de Divulgação da Ação de Formação

“Crianças e Jovens em Risco: Conhecer para Cuidar”



CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO:

----- Conhecer para Cuidar -----

Ação de Formação

Dia 31 Outubro de 2012 às 14h30

Duração: 45min Local: Sala de trabalho da equipa de Cuidados Continuados –UCSP Lumiar

Desenvolvida por: Enf.ª Sara Alexandre ,estudante de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Apêndice III

Plano de Ação Formação

“Crianças e Jovens em Risco: conhecer para cuidar”

PLANO DE AÇÃO FORMATIVA “Crianças e Jovens em Risco: conhecer para cuidar”



Objetivo geral: Mobilizar os enfermeiros para a intervenção nos maus-tratos à criança através da deteção de fatores de risco e situações de perigo e intervenção precoces

Objetivos específicos: Rever conceitos relativos aos cuidados à criança; Explicitar conceitos relativos à problemática dos maus-tratos; contextualizar a intervenção da saúde na proteção da criança e promoção dos seus direitos; Refletir sobre a intervenção do enfermeiro nos maus tratos à criança no âmbito dos cuidados na comunidade.

Fases	Sequência didática	Metodologia/ Técnicas Ped.	Recurso didático	Metodologia de avaliação	Formador	Formandos	Tempo
Introdução	Apresentação: - formadora - tema - objetivos - metodologia	Expositivo	computador				2 min
Desenvolvimento	- Direitos da criança - A família como unidade de cuidados e contexto da criança - Conceitos de que risco, perigo, fatores de risco, proteção e agravamento - sinais e sintomas - abordagem sistémica dos maus tratos - Contextualização da intervenção da saúde - NACJR Lumiar - Intervenção do enfermeiro em CSP	Expositivo dialogado Ativo (chuva ideias)	Data show <i>Powerpoint</i>	Observação	Enf. ^a Sara Alexandre	Enfermeiros da UCC da UCSP Lumiar -----	25 min
Conclusão	Síntese Partilha de experiências Avaliação	Expositivo Ativo (chuva ideias)	Enfermeiros Questionário	Aplicação de questionário			15 min

Apêndice IV

Diapositivos da Ação de Formação

“Crianças e Jovens em Risco: conhecer para cuidar”



Crianças e Jovens em Risco



CONHECER PARA CUIDAR



31 Outubro de 2012



Crianças e Jovens em Risco



CONHECER PARA CUIDAR



Elaborado por:
Enf.^a Sara Alexandre, mestranda do 3º curso de
mestrado em enfermagem na área de especialização
de Enfermagem de Saúde infantil e Pediatria

Com orientação de:
Enf.^a Aida Ferreira e Enf.^a Lurdes Florindo; Prof.^a
Lourdes Oliveira

31 Outubro de 2012

Objetivos

Geral

- ♦ Mobilizar os enfermeiros para a intervenção nos maus-tratos à criança através da deteção precoce de fatores de risco e situações de perigo

Específicos

- ♦ Rever conceitos relativos aos cuidados à criança
- ♦ Explicitar conceitos relativos à problemática dos maus-tratos
- ♦ Contextualizar a intervenção da saúde na proteção da criança e promoção dos seus direitos
- ♦ Refletir sobre a intervenção do enfermeiro nos maus tratos à criança no âmbito dos cuidados na comunidade

A criança – Ser de Direitos

Convenção sobre os direitos das crianças

Ratificada pelo estado português a 12 Setembro de 1990



Criança é todo o ser humano **menor de 18 anos**, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo... (art.1)

O Estado deve **proteger** a criança contra todas as formas de **maus tratos** por parte dos pais ou de outros responsáveis pelas crianças e estabelecer programas sociais para a **prevenção dos abusos e para tratar as vítimas** (art19)

A criança e família



A família é o elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros, e em particular das crianças

UNICEF

A criança e família



A família pode ser entendida como um sistema que interage continuamente com os seus elementos e com o ambiente – a estabilidade depende das suas interações

Wong,1999

A criança e família



Cuidados centrados na família

A família é uma constante na vida da criança e deve ser apoiada , respeitada encorajada, potenciando a sua força e competência

**Capacitação- Empowerment
Parceria**

Wong, 1999

Maus-tratos à criança: conceitos

Qualquer acção ou omissão não acidental , perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da criança



Negligência- Mau trato Físico – Mau trato Psicológico- Abuso sexual – Síndrome de Munchausen por procuração

Direcção-Geral da Saúde.2011.



Maus-tratos à criança: conceitos

Risco

As situações de risco dizem respeito ao perigo potencial da não efetivação dos direitos das crianças, ao nível da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento



Perigo

*Estar abandonada ou viver entregue a si própria
Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais
Não receber os cuidados físicos ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal
Ser obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação ...*

nº2 do artigo 3º da Lei 147/99 de 1 de Setembro

Direcção-Geral da Saúde.2011



Maus-tratos à criança: conceitos

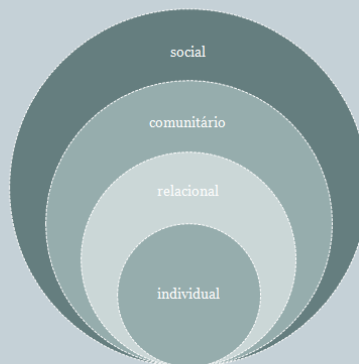


Direcção-Geral da Saúde.2008



Os maus tratos são um problema de saúde pública

Fenómeno complexo que só pode ser compreendido através de uma abordagem que considere os aspetos **culturais, sociais, económicos e legais**, as **vivências em contexto familiar e institucional**, aspetos ligados aos **pais e à criança**



Direcção-Geral da Saúde.2008



Contextualização da intervenção da saúde

- Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (Lei nº147/99 de 1 Setembro): estabelece os princípios orientadores de intervenção de vários setores do estado
- Projeto de Intervenção sobre “Crianças e Jovens em Risco” em Abril de 2007
Rede de Núcleos Apoio a Crianças e Jovens em Risco
- Criação do NACJR do Centro de Lumiar em Junho de 2007
- Em 5 Dezembro de 2008,

Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

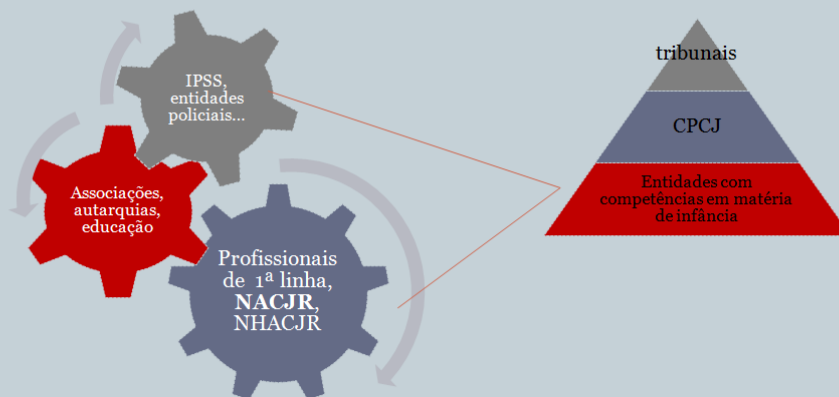
Estruturar, operacionalizar a intervenção e promover boas práticas



Direcção-Geral da Saúde 2007



Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco



Direcção-Geral da Saúde.2008



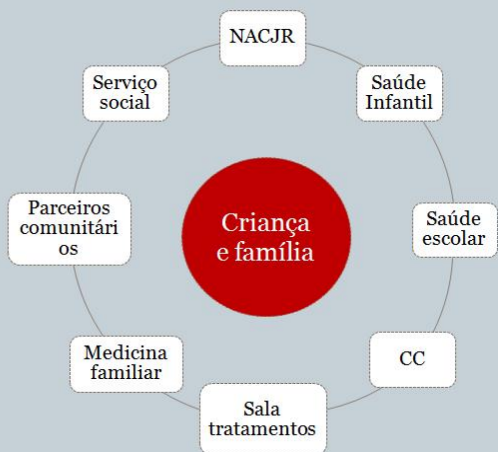
Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do Centro de Saúde do Lumiar

Equipa multidisciplinar – Enfermeiras, médica, psicólogas e TSS



**DETETAR
SINALIZAR
ACOMPANHAR
ENCAMINHAR**

Como chegamos à criança e família?



Intervenção do enfermeiro

O enfermeiro, no seu exercício (...) assume o dever de:

b) Salvar e proteger os direitos das crianças protegendo-as de qualquer forma de abuso

*Art81º, alínea b)
Código Deontológico dos Enfermeiros*



Intervenção do enfermeiro

•Observar

A família, os cuidadores, a criança, as interações, o contexto

•Colher o máximo de dados acerca da família – Conhecer o sistema – conhecer necessidades

•Registar todos os dados colhidos

• Acompanhar e apoiar a família

•Articular com equipa multidisciplinar/sinalizar ao NACJR



Intervenção do enfermeiro

Observar e detetar

Sinais/sintomas /indicadores

Físicos

Estado nutricional
alterado

Aspeto mal cuidado

Lesões que deixam
marca

Equimoses,
hematomas,
queimaduras...

Perturbações do
desenvolvimento



Intervenção do enfermeiro

Observar e detetar

Sinais/sintomas /indicadores

Psicológicos/comportamentais

Tristeza, medos,
vergonha, culpa

Cefaleias, dores
musculares e
abdominais

Excessiva ansiedade
nas relações

Delinquência, abuso
de álcool, prostituição

agressividade

Dificuldade na
aprendizagem

Relutância a chegar a
casa ou fuga

Absentismo escolar



Intervenção do enfermeiro

Observar e detetar

Sinais/sintomas /indicadores

Em relação aos pais/cuidadores

Parentalidade precoce

Pais/cuidadores com
comportamentos
aditivos

Pais/ cuidadores com
doença mental

Família monoparental
em suporte socio
familiar

Situação económica
precária

Carência de higiene e
aspeto descuidado dos
pais

Situações anteriores
de negligência/mau-
trato ou retirada da
responsabilidade
parental/institucionali-
zação

Dificuldade de adesão
a intervenções
propostas

Violência
familiar/doméstica



Intervenção do enfermeiro

Observar e detetar

Sinais/sintomas /indicadores

Em relação aos pais/cuidadores

Comportamento conflituoso

Aparente falta de preocupação com a criança

Tentativa de esconder alguma lesão ou história inadequada

Acompanhamento insuficiente de situações de doença da criança

Fuga às responsabilidades parentais e/ou abandono da criança

Ausência de manifestações de afeto

Explicações contraditórias

Procura excessiva de cuidados médicos

Antecedentes de abuso nos pais



Conclusão

- A complexidade dos maus-tratos e a sua gravidade para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças exige de toda a sociedade e dos enfermeiros em particular, peritos no cuidado humano, uma ação coordenada, articulada e em parceria



Bibliografia

Direcção-Geral da Saúde. (2007). *Crianças e Jovens em Risco: projecto de intervenção nos serviços de saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (Novembro de 2008). *Maus-tratos em Crianças e Jovens. Intervenção da Saúde- documento técnico*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção-Geral da Saúde. (Fevereiro de 2011). *Maus-tratos em Crianças e Jovens: guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde

UNICEF. (2004). *Convenção sobre os Direitos das Crianças*. Obtido em 22 de Junho de 2012, de UNICEF Portugal: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

UNICEF. (s.d.). *Direitos da Criança*. Obtido em 22 de Junho de 2012, de UNICEF Portugal: <http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101111&m=2>

Wong, D. (1999). Whaley & Wong, *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A



Obrigada

Apêndice V

Grelha de Avaliação da Ação de Formação

“Crianças e Jovens em Risco: conhecer para cuidar”

Grelha de Avaliação da Ação de Formação

Ação de Formação: *A criança e jovem em risco: conhecer para cuidar*

Como formando(a), solicito que classifique os vários itens da avaliação da Ação de Formação em que acabou de participar.

Numa escala de 1 a 5 coloque a cruz sobre o número que traduz a sua opinião

1- Insuficiente 2- Satisfaz 3- Bom 4- Muito Bom 5- Excelente

Como classifica a ação de formação:

Quanto ao tema

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Quanto ao conteúdo?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Quanto à organização?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Quanto à utilidade?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sugestões

Obrigada pela colaboração

Apêndice VI

Avaliação da Ação de Formação

“Crianças e Jovens em Risco: conhecer para cuidar”

Avaliação da Ação de Formação “Crianças e Jovens em Risco: Conhecer para Cuidar”

A ação de formação caracterizou-se por uma forte participação de todos os intervenientes, com a colocação de questões, a partilha de experiências, muitas vezes relacionadas com dificuldades sentidas e situações de cuidados vivenciadas.

No final da ação de formação foi solicitado aos enfermeiros presentes que procedessem à avaliação da mesma através do preenchimento de uma grelha atribuindo a sua classificação relativamente ao tema, conteúdo, organização e utilidade da ação de formação (APÊNDICE).

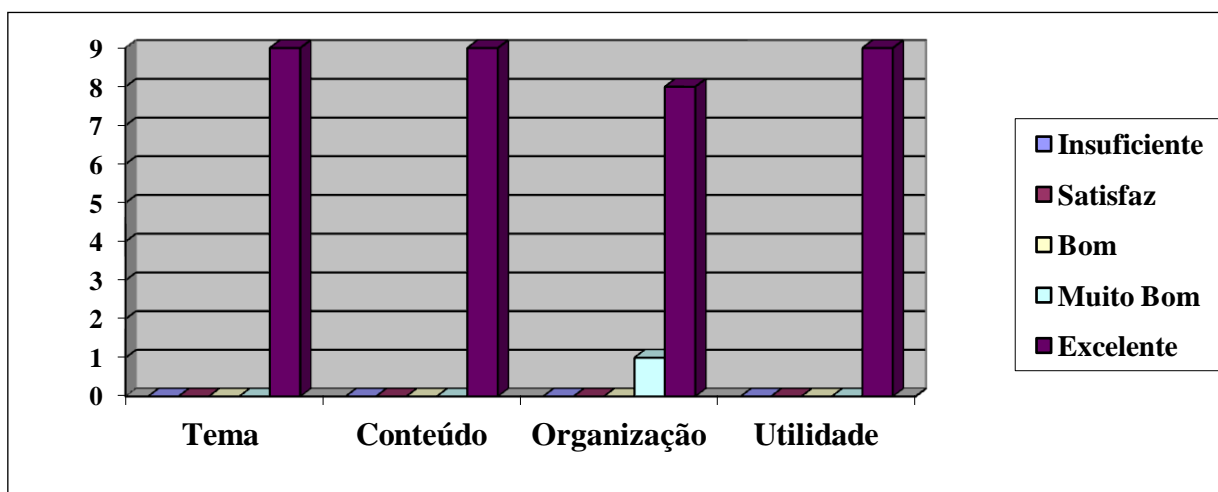


Figura 1. Distribuição da classificação da ação de formação quanto ao tema, conteúdo, organização e utilidade

A totalidade dos enfermeiros considerou a formação excelente ao nível do tema, conteúdo abordado e utilidade para a sua prática. No que se refere à organização da ação, um dos formandos classificou-a no Muito Bom e os restantes elementos no Excelente.

No campo de escrita livre denominado *Sugestões*, dois dos enfermeiros expressaram que a formação nesta área deveria ser alargada a outros profissionais de saúde e ao maior número de enfermeiros possível do Centro de Saúde. Foi ainda salientado o interesse da mesma para as funções exercidas pelos enfermeiros nos Cuidados Continuados.

Atendendo a estes resultados poderá considerar-se que a Ação de Formação teve uma avaliação positiva, sendo que estes dados são coerentes com o feedback recebido pela formadora ao longo da Ação, assente na participação ativa e interesse demonstrados pelos formandos. Consideramos que os objetivos definidos foram alcançados e propomos o desenvolvimento de posteriores dispositivos formativos nesta área de intervenção.

Apêndice VII

Procedimento Setorial Urgência Pediátrica

“ Cuidados de Enfermagem à criança e família em
situação de maus-tratos”

	Procedimento Sectorial Urgência Pediátrica	
	Cuidados de Enfermagem à criança e família em situação de risco ou maus-tratos	

APROVAÇÃO

1 OBJECTIVOS

- Identificar cuidados que assegurem a deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento das crianças e família em risco ou vítimas de maus tratos que recorrem à Urgência Pediátrica (UP)
- Promover a continuidade de cuidados de enfermagem ao utente acima designado
- Uniformizar e garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

UP do Hospital de D. Estefânia(HDE)

3 RESPONSABILIDADES

3.1 Pela implementação do Procedimento:

Enfermeiro Chefe e Grupo Dinamizador dos maus- tratos(MT): Supervisiona o cumprimento do procedimento.

Enfermeiros da UP: Asseguram o cumprimento do procedimento.

3.2 Pela revisão do procedimento: Grupo Dinamizador dos MT

4 DEFINIÇÕES

Criança: toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, ou em caso de doença crónica, incapacidade ou deficiência até aos 21 anos de idade.

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A			

	Procedimento Sectorial Urgência Pediátrica	
	Cuidados de Enfermagem à criança e família em situação de risco ou maus- tratos	

Família: conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança, exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento. Entende-se a mesma como contexto/mesosistema, sendo os pais os responsáveis pela maioria dos cuidados prestados à criança.

Situação de Risco: As situações de risco dizem respeito ao perigo potencial da não efetivação dos direitos das crianças, ao nível da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento.

Maus-tratos: Qualquer acção ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da criança.

5 SIGLAS E ABREVIATURAS

UP - Urgência Pediátrica

BSIJ - Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

ETC- Estação de Trabalho Clínica

MT – Maus-tratos

HDE- Hospital de D. Estefânia

NACJR- Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco

NHACJR- Núcleo Hospitalar Apoio às Crianças e Jovens em Risco

6 REFERÊNCIAS

Black, A. (2011). Abuso, Negligência e Maus-tratos na Criança. In P. Howard, & R. A. Steinmann, *Enfermagem de Urgência* (pp. 707-711). Loures: Lusociência.

Brazão, H., Falcão, H., Marques, M., Silva, N., & Pires, R. (2012). Procedimento Multisectorial: Apoio a utente vítima ou suspeita de maus-trato/negligência. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE.

Brazão, H., Falcão, H., Marques, M., Silva, N., & Pires, R. (2012). Procedimento Multisectorial: Apoio a utente vítima ou suspeita de violência sexual. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE.

Direção-Geral da Saúde. (Junho de 2012). Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A			

	Procedimento Sectorial Urgência Pediátrica	
	Cuidados de Enfermagem à criança e família em situação de risco ou maus- tratos	

Direcção-Geral da Saúde. (Fevereiro de 2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Direcção-Geral da Saúde.

Eisbach, S. S. (2009). *Narratives of nursing practice in the identification and care of maltreated children*. United States: ProQuest.

Jensen, S. (2011). Assessment of Human Violence. In S. Jensen, *Nursing Health Assessment: a best practice approach* (pp. 241-255). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Keys, M. (23 de July de 2009). Determining the Skills for Child Protection Practice: emerging from the Quagmire! *Child abuse Review*, pp. 316-332

Trigueiros, A., Barata, D., Mendes, J., Sassetti, L., Sila, P., & Santos, R. (Março de 2010). Apoio à criança/jovem vítima de maus-tratos. Centro hospitalar de Lisboa Central EPE.

Trigueiros, A., Barata, D., Mendes, J., Sassetti, L., Silva, P., & Santos, R. (Março de 2010). Procedimento Multisectorial: Apoio à criança/jovem com suspeita de abuso sexual. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE.

7 DESCRIÇÃO

Face à natureza e âmbito de intervenção do enfermeiro, e considerando que a UP é a principal “porta de entrada” para a criança e família que recorre ao HDE, procurando ver satisfeitas as suas necessidades, o enfermeiro da UP tem um papel relevante no que se refere à prevenção secundária e terciária dos maus-tratos.

Os maus-tratos à criança constituem um fenómeno complexo, pelos muitos fatores que os determinam e pelas várias tipologias que podem apresentar. A abordagem da violência contra a criança enquanto problema de saúde pública é necessariamente feita através de esforços conjugados, com cooperação intersectorial, interinstitucional e multiprofissional. A continuidade de cuidados de enfermagem e a articulação com NHACJR, ou outros serviços hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários (Unidade de Saúde e NACJR) torna-se fulcral para deteção e acompanhamento precoce das situações de risco e de maus-tratos bem como a prevenção da sua recorrência. Aos maus-tratos estão associados graves e múltiplas consequências para o crescimento e desenvolvimento das crianças, funcionamento familiar e custos elevados para a sociedade em geral.

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			

	Procedimento Sectorial Urgência Pediátrica	
	Cuidados de Enfermagem à criança e família em situação de risco ou maus- tratos	

7.1 Avaliação: Colheita de dados.

Na triagem:

- Verificar episódios anteriores de Urgência
- Identificar a pessoa que acompanha a criança
- Sempre que possível observar Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ)
- Identificar e registar :
 - Unidade de Saúde na comunidade a que pertence a criança e Unidade Hospitalar na qual tenha eventual acompanhamento médico/enfermagem
 - Fatores de risco, sinais de alerta, indicadores/sintomas de maus tratos, que resultem da observação e entrevista (ANEXO 1);
 - Comportamento da criança e pais/acompanhantes (expressões, posturas, interação com o enfermeiro e acompanhantes), estado físico ,estado emocional da criança e pais/acompanhantes, desenvolvimento da criança.
- De acordo com o estado de saúde da criança e o seu nível de desenvolvimento, deve ser ouvida e valorizada a palavra da criança;
- Se o motivo da ida à UP for abuso físico ou sexual, a recolha de informação e observação das lesões (que não estejam visíveis) acerca do acontecimento deve ser minimizada para evitar vitimização secundária da criança.
- Na presença de vários fatores de risco ou suspeita de maus-tratos, dar conhecimento pessoalmente ao médico mais graduado da equipa médica de urgência e ao chefe de equipa de enfermagem
- Triar como urgente, de acordo com a avaliação e necessidades identificadas, as situações suspeitas ou identificadas de maus-tratos.
- Registrar as avaliações, diagnósticos de enfermagem e ações de enfermagem efetuadas na folha de registo de Triagem Pediátrica ou na Estação de Trabalho Clínico.

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A			

	Procedimento Sectorial Urgência Pediátrica	
	Cuidados de Enfermagem à criança e família em situação de risco ou maus-tratos	

7.2. Acompanhamento da criança e família em situação de risco ou maus tratos após processo de triagem

- Durante a permanência da criança e família na UP, esta deve ser acompanhada sempre pelo mesmo enfermeiro dada a importância da relação que se estabelece com a criança e família que vivencia uma situação de violência. Cabe ao chefe de equipa de enfermagem de turno gerir e designar esse enfermeiro, devendo ter em consideração a qualidade da relação já iniciada, a experiência e perícia neste tipo de cuidados.
- o enfermeiro deve assegurar à criança e ao cuidador que está lá para ajudar, deve estabelecer confiança, afastar medos e criar condições para a expressão de preocupações;
- Devem ser percebidos fatores de stress no momento atual para a criança e família;
- Enquanto aguarda observação médica, a criança e família/acompanhante devem ser acompanhados até à sala de espera da sala de tratamentos ou gabinete médico (5) (ou outro em caso de indisponibilidade).
- Se a situação de risco ou maus-tratos foi detetada na sala de tratamentos ou Sala de Observação, proceder igualmente quanto à referenciação ao médico de urgência e chefe de equipa de enfermagem.

7.2.1. A criança vítima de abuso físico ou sexual

- Informar a criança e/ou quem a acompanha sobre a preservação de eventuais vestígios biológicos:
 - não comer, beber
 - Não lavar a boca, dentes ou lavar os órgãos genitais
 - não lavar as mãos nem limpar ou cortar as unhas
 - caso tenha de urinar ou defecar conservar em embalagem adequada

EDIÇÃO		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			

	Procedimento Sectorial Urgência Pediátrica	
	Cuidados de Enfermagem à criança e família em situação de risco ou maus-tratos	

- Contatar técnico de diagnóstico e terapêutica para colheita de sangue, de acordo com protocolo e envio de material de recolha de outros produtos biológicos a efetuar durante o exame objetivo
- Colaborar com o médico ou técnico do IML na preparação e do material para o exame físico
- Preparar a criança para os exames físicos e laboratoriais:
 - Explicar antecipadamente os procedimentos que vão ser efetuados;
 - Mostrar o material a ser utilizado, permitindo a sua manipulação
 - Esclarecer dúvidas
 - Facilitar sempre que possível a presença de um dos pais/acompanhante se este for securizante para a criança.
 - Providenciar e aplicar medidas farmacológicas e outras medidas não farmacológicas para gestão da dor e ansiedade.
 - Assegurar a privacidade
- Permanecer junto da criança durante todo o processo de observação, exames físicos e laboratoriais realizados pelo médico ou técnico do IML
- Proporcionar a expressão de sentimentos durante o exame físico
- Assegurar o consentimento da criança para as técnicas realizadas
- Reforçar positivamente o comportamento de colaboração da criança
- Em caso de ser iniciado Protocolo de Atuação Terapêutica, com administração de anti-retrovirais e/ou na presença de jovem com menarca (nas 48h a 72h):
 - Explicar à criança, pais/acompanhante a finalidade, modo de administração e efeitos secundários
 - Administrar anti-retrovirais e CE(pilula do dia seguinte)
 - Instruir sobre administração da terapêutica no domicílio
 - Esclarecer dúvidas

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A			

	Procedimento Sectorial Urgência Pediátrica	
	Cuidados de Enfermagem à criança e família em situação de risco ou maus-tratos	

- Providenciar roupa, caso a da criança tenha de ser recolhida para análise forense
- Providenciar refeição ligeira caso a criança manifeste vontade.
- No caso de se tratar de um jovem em situação de abuso sexual, alertar para a necessidade de uso de preservativo durante os próximos seis meses.
- Registar as avaliações, diagnósticos de enfermagem e ações de enfermagem efetuadas na Estação de Trabalho Clínico.

7.3. Encaminhamento

- Após observação médica em gabinete, o enfermeiro deve ser contactado para dar continuidade ao plano de cuidados e proceder ao devido encaminhamento da criança
- Preencher a Ficha de Sinalização e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco para os Serviços de Urgência Pediátrica/Serviço de Urgência Básica/Consulta de Reforço ou outra (ANEXO 2), caso não haja concordância com o médico e este não o faça.
- A Ficha de Sinalização deve ser colocada em envelope selado e enviado protocolado para a assistente social do NHACJR ou entregue ao chefe de equipa de enfermagem para envio na segunda-feira(se for fim de semana);
- Elaborar Carta de Continuidade de Cuidados de Enfermagem e enviar via e-mail se possível, para Unidade de Saúde da criança ou realizar contato telefónico.
- Registar na Estação de Trabalho Clínica (ETC), em Ações de Enfermagem, o preenchimento e/ou envio da Ficha de Sinalização e Carta de Continuidade de Cuidados supracitada; No caso de ser preenchida pelo médico, assegurar que antes de ser dada alta da UP, fique em registo clínico essa ação.

Avaliação dos resultados

A Avaliação dos resultados relativos aos cuidados de enfermagem à criança e família em situação de risco ou maus-tratos deverá ser da responsabilidade do Grupo Dinamizador dos maus-tratos, devendo ser auditados os registos de enfermagem semestralmente, quanto à avaliação, diagnóstico e acção, dos processos com designação de motivo de urgência AGRESSAO.

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
A			

	Procedimento Sectorial Urgência Pediátrica	
	Cuidados de Enfermagem à criança e família em situação de risco ou maus- tratos	

Metas :Aumentar a percentagem de referenciações de situações de risco ou maus-tratos.

8. ANEXOS

Anexo 1: Fatores de risco, protecção agravamento/crises de vida, sinais de alerta, indicadores/sintomas

Fatores de Risco	<ul style="list-style-type: none"> • Nascimento prematuro /baixo peso • Temperamento difícil • Filho não desejado • Défice físico ou psíquico • Doença crónica ou perturbações do desenvolvimento • Problemas de comportamento • Insatisfação das expetativas dos pais • Excessiva dependência ou alheamento • Vive em lar em instituição 	Criança	Fatores de Protecção <ul style="list-style-type: none"> • Bom desenvolvimento • Temperamento fácil • Vinculação segura • Capacidade de resolução problemas • Sucesso escolar • Desejo de autonomia • Grupo de pares pró-social
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidadores vítimas de maus tratos em criança • Défice de comportamentos parentais • Perturbações emocionais, mentais e físicas que impeçam de reconhecer adequadamente as necessidades da criança • Disciplina demasiado rígida e autoritária ou inconsistente • História de comportamento violento/antissocial • Desajustamento psicossocial/comportamentos aditivos • Relações familiares conflituosas • Inexistência de condições de habitabilidade • Incapacidade de procurar recursos comunitários • Ausência de suporte socio-familiar • Ausência prolongada de um dos cuidadores • Problemas de comportamento • Insatisfação das expetativas dos pais • Excessiva dependência ou alheamento 	Famíliares/contextos de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Boas competências parentais • Boa rede de suporte familiar e social • Família organizada e com regras • Boa integração comunitária • Segurança económica • Capacidade de acesso aos
			Fatores de agravamento <ul style="list-style-type: none"> • Rutura e reconstituições familiares • Luto • Doença Súbita grave • Início de cuidados a pessoa dependente • Desemprego • Migração • Alteração brusca de situação laboral/económica • Institucionalização • Detenção/prisão • Desastre natural • Conflito armado

	Procedimento Sectorial Urgência Pediátrica	
	Cuidados de Enfermagem à criança e família em situação de risco ou maus-tratos	

Anexo 2: Fatores de risco, protecção agravamento/crises de vida, sinais de alerta, indicadores/sintomas

Sintomas/indicadores	NEGLIGÊNCIA <ul style="list-style-type: none"> • Carência de higiene • Vestuário desadequado • Inexistência de rotinas • Hematomas ou lesões inexplicadas, por falta de supervisão • Perturbações do desenvolvimento e nas aquisições sociais que não estejam a ter acompanhamento • Incumprimento do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil • Doença crónica sem cuidados adequados 	MAU TRATO FÍSICO <ul style="list-style-type: none"> • Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo accidental (face, periocular, orelhas, boca e pescoço, parte proximal das extremidades, genitais e nádegas. • Síndrome de criança abandonada • Alopecia traumática • Lesões provocadas que deixam marca • Sequelas de traumatismo antigo • Fraturas de costelas e corpos vertebrais • Demora ou ausência de procura de cuidados médicos • História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo de lesão • Perturbações do desenvolvimento • Alterações graves do estado
	MAU TRATO PSICOLÓGICO <ul style="list-style-type: none"> • Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente • Comportamentos agressivos e/ou mutilação • Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações interpessoais • Perturbações do comportamento alimentar • Alterações do controlo de esfíncteres • Choro incontrolável no primeiro ano de vida Comportamento ou ideação suicida 	ABUSO SEXUAL <ul style="list-style-type: none"> • Lesões externas nos genitais • Presença de espermatozóides no corpo • Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais • Leucorreia persistente ou recorrente • Dor, prurido ou edema na região vaginal ou anal • Lesões no pénis ou região escrotal • Equimoses/petéquias na mucosa oral ou laceração do freio dos lábios • Laceração do hímen • Infecções de transmissão sexual • Gravidez
	SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO <p>Provocar sintomatologia à criança através de administração de droga/ medicamento, adicionar sangue, contaminantes em amostras de urina; provocar semi-sufocação antes de recorrer à urgência referindo apneia</p>	

	Procedimento Sectorial Urgência Pediátrica	
	Cuidados de Enfermagem à criança e família em situação de risco ou maus- tratos	

Sinais e alerta	Criança dos 0 aos 5anos	Criança com idade >5 anos
	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbações: alimentação perturbações do sono comportamento e da relação desenvolvimento psicomotor • Medo/fobias de pequena intensidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades/insucesso escolar • Perturbações: Relação/comunicação Comportamento emocionais comportamento alimentar psicóticas • Ansiedade • Manifestações somáticas • Abuso de substâncias tóxicas nos adolescentes

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGS.
A			

Apêndice VIII

Plano de ação formativa

“Criança e Família em situação de maus-tratos:

Cuidar na Urgência Pediátrica”

PLANO DE AÇÃO FORMATIVA “Criança e Família em situação de maus-tratos: Cuidar na Urgência Pediátrica”



Objetivos: Rever conceitos no âmbito da violência sobre crianças; refletir sobre o papel do Enfº na urgência pediátrica; apresentar proposta de instrumento de apoio à prática de cuidados de enfermagem neste âmbito.

Fases	Sequência didática	Metodologia/ Técnicas Ped.	Recurso didático	Metodologia avaliação	Formador	Formandos	Tempo
Introdução	Apresentação: - formadora - tema - objetivos - metodologia	Expositivo	computador Data show	Observação Aplicação de questionário	Enf.ª Sara Alexandre	Enfermeiros do SUP	2 min
Desenvolvimento	- Direitos da Criança - Dados prevalência maus-tratos - Contextualização da intervenção da saúde - Violência como foco de enfermagem; definição; - Conceitos de Risco/Perigo; fatores de risco/proteção/agravamento - Consequências na saúde criança - Intervenção do enfermeiro na SUP - Diagnóstico de situação - Proposta de instrumento de trabalho	Expositivo dialogado Ativo (chuva ideias) Expositivo Ativo (chuva ideias)	Powerpoint				10 min
Conclusão	Síntese Bibliografia sugerida Partilha de experiências Avaliação		Enfermeiros Questionário				8 min

Apêndice IX

Póster de Divulgação da Ação de Formação

“A Criança e Família em Situação de maus-tratos:

Cuidar na Urgência Pediátrica”

A criança em situação de maus tratos

Cuidar na Urgência Pediátrica

SESSÃO : DATA: 07 de Fev. 2013

Hora: 16:00

Destinatários: Enfermeiros do SUP

Local: Sala de Reuniões do SUP

Formador: Sara Alexandre

Duração: 20 minutos

Estudante do 3º C.M.E, E.E.S.I.P. da ESEL

Apêndice X

Diapositivos da Ação de Formação

“A criança e família em situação
de maus-tratos : cuidar na urgência pediátrica”

A CRIANÇA E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE MAUS TRATOS

----- CUIDAR NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA -----

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

7 FEVEREIRO 2013

Realizado por: Enfª Sara Alexandre nº3997 **Enfº Ref.** Pedro Neto **Profª orientadora** Mª Lourdes O.

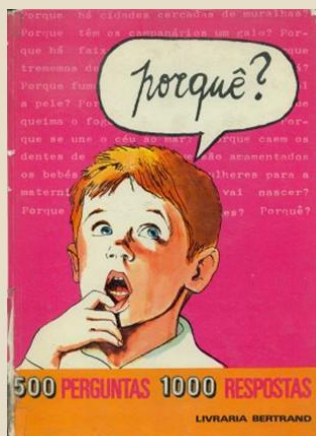
*A Criança e Família em situação de maus tratos: cuidar na Urgência
Pediátrica*

Objetivos

- Rever conceitos no âmbito da violência contra as crianças
- Refletir sobre o papel do enfermeiro na urgência pediátrica no âmbito dos maus tratos à criança
- Apresentar proposta de instrumento de apoio à prática de cuidados de enfermagem



A Criança e Família em situação de maus tratos: cuidar na Urgência Pediátrica



A Criança e Família em situação de maus tratos: cuidar na Urgência Pediátrica



A criança – Ser de Direitos

Convenção sobre os direitos das crianças

Ratificada pelo estado Português a 12 setembro de 1990

Criança é todo o ser humano **menor de 18 anos**, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo... (art.1)

O Estado deve **proteger** a criança contra todas as formas de **maus tratos** por parte dos pais ou de outros responsáveis pelas crianças e estabelecer programas sociais para a **prevenção dos abusos e para tratar as vítimas** (art.19)



O fenómeno da violência é considerado a nível nacional e internacional um dos principais problemas de saúde pública, nos quais os maus tratos à criança e jovem se incluem, tendo impacto importante para a sua saúde e desenvolvimento, no imediato e a longo prazo.



Os esforços para **promover o bem-estar da criança** podem ser sustentado nos **direitos da criança**, no que se refere à **equidade**: os maus tratos representam uma forma inaceitável das crianças crescerem e a sociedade tem a **obrigação de fazer tudo** o que está ao seu alcance para prevenir: a criança **tem o direito a crescer livre de abuso e negligência**

(OECD,2011)



Existe um numero significativo de crianças abandonadas e negligenciadas. Em 2009 , existiam **institucionalizadas** cerca de **doze mil crianças**, por **abandono, negligência, maus tratos, abuso sexual**

(Ordem dos Enfermeiros, 2011)



No ano de **2011** as CPCJ acompanharam (Volume Processual Global) 67941 processos, dos quais arquivaram 31232. No final do ano permaneciam **ativos** (transitaram para 2012) **36709 processos**

(CNPCJR, 2011) .



No ano de **2011** no conjunto das 5 ARS, houve pelo menos
5518 casos sinalizados aos Núcleos

Negligência 68% Mau trato Psicológico 13%

Mau trato físico 9% Outras formas 3%

Abuso sexual 7%

Direcção-Geral da Saúde, 2012



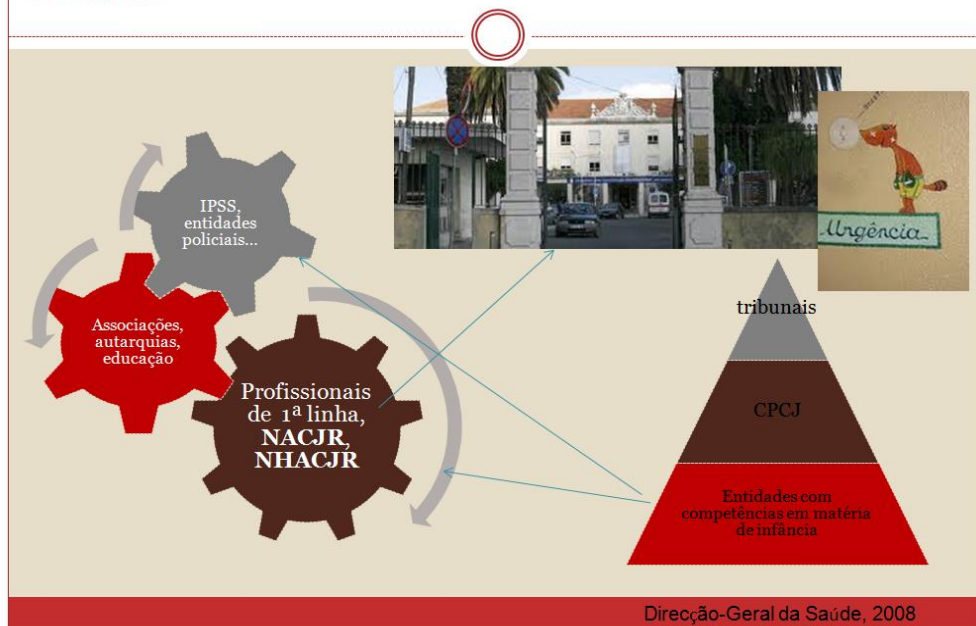
- Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (Lei nº147/99 de 1 Setembro): estabelece os princípios orientadores de intervenção de vários setores do estado
- Projeto de Intervenção sobre “Crianças e Jovens em Risco” em Abril de 2007- Rede de Núcleos Apoio a Crianças e Jovens em Risco
- Em 5 Dezembro de 2008,

Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

Estruturar, operacionalizar a intervenção e promover boas práticas

Direcção-Geral da Saúde. 2007

*A Criança e Família em situação de maus tratos: cuidar na Urgência
Pediátrica*



*A Criança e Família em situação de maus tratos: cuidar na Urgência
Pediátrica*

O enfermeiro, no seu exercício (...) assume o dever de:

***b) Salvar e proteger os direitos das crianças
protegendo-as de qualquer forma de abuso***

*Art81º, alínea b)
Código Deontológico dos Enfermeiros*



Foco



Área de Intervenção relevante para a Enfermagem

Violência

O uso intencional da força física ou do poder , real ou em ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação.

(Krug, Ed et al, 2002)

Demonstração enérgica de acções ou do uso desleal da força ou de poder com a finalidade de ferir, causar, maus-tratos ou atacar: acções violentas ,prejudiciais ou culturalmente proibidas para com outros

(Ordem dos Enfermeiros, 2011)



**VIOLÊNCIA
contra a criança**

**Casa e na
Família**



Trabalho

Comunidade
Relações Íntimas Juvenis

Instituições de Saúde,
acolhimento e Justiça

Escola Bullying

Pinheiro, 2006

VIOLÊNCIA contra a criança



**Casa e na
Família**

**Violência
Transgeracional**

**Castigo
corporal**
(crime desde
2007, art.152º
do Código
penal
português)

**Exposição à
violência
dos
pais/outros**

Maus tratos

Maus-tratos

Qualquer acção ou omissão não accidental ,
perpetrada pelos pais, cuidadores ou
outrem, que ameace a segurança,
dignidade e desenvolvimento
biopsicossocial e afectivo da criança

**Negligência- Mau trato Físico – Mau trato
Psicológico- Abuso sexual – Síndrome de
Munchausen por procuração**



Maus-tratos

Risco

As situações de risco dizem respeito ao perigo potencial da não efetivação dos direitos das crianças, ao nível da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento

Direcção-Geral da Saúde, 2011



Maus-tratos

Perigo

*Estar abandonada ou viver entregue a si própria
Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais
Não receber os cuidados físicos ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal
Ser obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação ...*

nº2 do artigo 3º da Lei 147/99 de 1 de Setembro

Direcção-Geral da Saúde, 2011

*A Criança e Família em situação de maus tratos: cuidar na Urgência
Pediátrica*

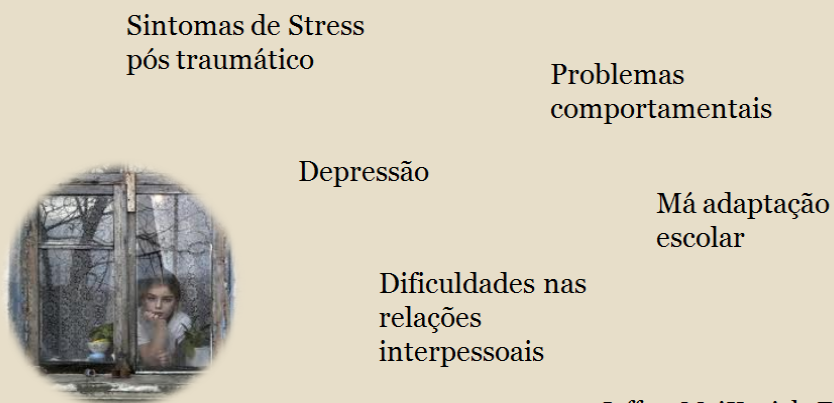
Maus-tratos



Direção-Geral da Saúde, 2008

*A Criança e Família em situação de maus tratos: cuidar na Urgência
Pediátrica*

Consequências na Saúde das crianças



Jaffee; MaiKovich-Fong, 2011



Sobre a enfermagem a evidência científica e peritos dizem que...

Competências para cuidar de crianças e família vítima de maus-tratos	Desafios nos cuidados à criança e família vítima de maus-tratos	
Comunicação/relação interpessoal: centrada na criança, na família/cuidador, interprofissional, Gestão de conflitos, trabalho em equipa, clarificação de papeis	Carga emocional	Dilemas éticos
Conhecimento e aplicação de conhecimento na prática	Conflitos de papeis	Articulação intersectorial interprofissional
Capacidade reflexiva e de auto-análise		

Keys, 2007; Keys, 2009;



A urgência pediátrica é reconhecida pelas pessoas que sofrem de violência domestica como um local onde podem pedir ajuda, sendo a terceira escolha depois dos amigos, família e polícia

As queixas são muitas vezes relacionadas com as consequências/efeitos da violência na saúde

Aplicação de um instrumento de triagem ou o simples questionar...acerca de historia de violência é muitas vezes suficiente para a partilha do acontecimento e deteção dos maus tratos

Objetivos imediatos, referenciação social e de saúde adequados, documentação adequada

(Olive, 2007)

A Criança e Família em situação de maus tratos: cuidar na Urgência Pediátrica



- Demonstrar empatia
- Demonstrar conhecimento sobre complexidade da situação
- Promover segurança criança/família
- Conhecer e mobilizar conhecimentos sobre as consequências da violência
- Manter privacidade
- Focar nas necessidades da família e criança
- Plano de cuidados elaborado em parceria
- Dar informação sobre o problema
- Dar informação sobre recursos
- Referenciar para outras entidades/profissionais
- Facilitar/assegurar consentimento informado
- Respeitar decisões

(Olive, 2007)

A Criança e Família em situação de maus tratos: cuidar na Urgência Pediátrica



Reconhecer os sinais... documentá-los, bem como as necessidades e o estado emocional

Têm de saber como dar resposta de forma apropriada, efetuar questões pertinentes e referenciá-los a especialistas ou serviços mais apropriados

A prática de colocar questões relevantes sobre violência deveria ser parte da avaliação de rotina na Urgência...

Identificar Risco/Perigo – Questionar- Intervir nas necessidades- referenciar

Falta de formação

A falha no reconhecimento nos sinais de VD constitui uma falha na prática de cuidados – qualidade não assegurada

Gibbons, 2011)



O registro inapropriado acerca do risco/ suspeição de maus tratos dificulta o processo de identificação e acompanhamento das situações.

Mckenzie; Scott, 2012



Porque é que os enfermeiros e os médicos
perguntam (ou não) perguntam acerca da violência
nas relações de intimidade

Falta de tempo, falta de formação, presença do parceiro,
falta de espaço e privacidade, dificuldades da linguagem
e culturais, falta de recursos para
acompanhamento/encaminhamento, desconforto
individual, fatores relacionados com as políticas e
gestão

Barreiras

Beymon et al, 2012

*A Criança e Família em situação de maus tratos: cuidar na Urgência
Pediátrica*



Porque é que os enfermeiros e os médicos
perguntam (ou não) perguntam acerca da violência
nas relações de intimidade

Formação, recursos comunitários, suporte profissional,
instrumentos de trabalho, protocolos e políticas
materiais educacionais, experiência profissional, ter
tempo...



Facilitadores

Beymon et al, 2012

*A Criança e Família em situação de maus tratos: cuidar na Urgência
Pediátrica*



Projeto de formação

Fluxogramas de acuação

Treino /Monitorização

Reconhecer responsabilidades e papéis

Identificar indicadores de violência

Conhecimento sobre referenciação



Melhoria das competências

Boursnell; Prosser, 2010)



*A minha experiência na urgência
pediátrica...*

Observação e colaboração nas práticas de cuidados na triagem, sala de tratamentos, sala de observação e cirurgia

Discussão de algumas situações de risco e maus tratos e reflexão sobre as práticas com elementos da equipa de enfermagem e técnica de IML

Acompanhamento de 2 situações de suspeita de abuso sexual

Observação de fichas de urgência do último semestre do ano de 2012, codificadas como agressão



O que encontrei...

Uma equipa jovem sensibilizada e que reflete sobre as situações de maus tratos

Preocupação evidente pela celeridade de todo o processo de modo a minimização do tempo na UP

Respeito pela privacidade e confidencialidade

Preocupação com o evitamento da vitimização secundária

Um grupo dinamizador dos maus tratos

Interlocutor com o NHCJR



O que encontrarei...

Cuidados de Enfermagem que se
perdem...



Não a chave mas um pequeno
contributo pelo menos para
reflexão...

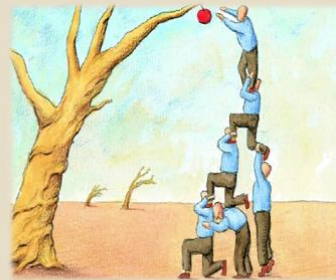
A Criança e Família em situação de maus tratos: cuidar na Urgência Pediátrica



Procedimento Setorial - Urgência Pediátrica

*Cuidados de
Enfermagem à Criança
e Família em Situação
de Risco e/ou Maus
Tratos*

Documento do
soft Office Word



A Criança e Família em situação de maus tratos: cuidar na Urgência Pediátrica



Bibliografia consultada

- Beynon, C. E., Gutmanis, L. M., & MacMillan, H. L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*.
- Black, A. (2011). Abuso, Negligência e Maus-tratos na Criança. In P. Howard, & R. A. Steinmann, *Enfermagem de Urgência* (pp. 707-711). Loures: Lusociência.
- Boursnell, M., & Prosser, S. (April/May de 2010). Increasing identification of domestic violence in emergency departments: a collaborative contribution to increasing the quality of practice of emergency nurses. *Contemporary Nurse*, pp. 35-44.
- Brazão, H., Falcão, H., Marques, M., Silva, N., & Pires, R. (2012). Procedimento Multissetorial: Apoio a utente vítima ou suspeita de maus-trato/negligência. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE.
- Brazão, H., Falcão, H., Marques, M., Silva, N., & Pires, R. (2012). Procedimento Multissetorial: Apoio a utente vítima ou suspeita de violência sexual. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE.
- CNPCJR. (2011). *Relatório Anual da Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens*. Lisboa: CNPCJR.
- Direção-Geral da Saúde. (Junho de 2012). Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (Fevereiro de 2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (Novembro de 2008). Maus-tratos em Crianças e Jovens. Intervenção da Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral de Saúde. (Outubro de 2012). *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco: Relatório da Comissão de Acompanhamento*. Direção-Geral da Saúde.
- Eisbach, S. S. (2009). *Narratives of nursing practice in the identification and care of maltreated children*. United States: ProQuest

A Criança e Família em situação de maus tratos: cuidar na Urgência Pediátrica

Bibliografia consultada

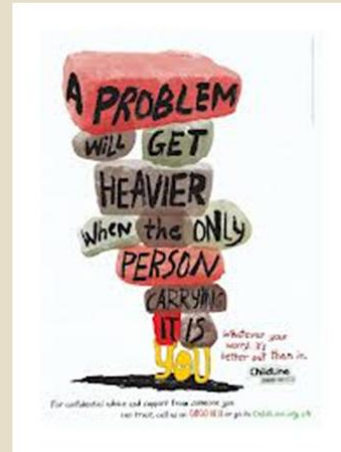
- Gibbons, L. (July de 2011). Dealing with the effects of domestic violence. *Emergency Nurse*, pp. 12-17.
- Jaffee, S. R., & Maikovich-Fong, A. K. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, pp. 184-193.
- Jensen, S. (2011). Assessment of Human Violence. In S. Jensen, *Nursing Health Assessment: a best practice approach* (pp. 241-255). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Keys, M. (23 de July de 2009). Determining the Skills for Child Protection Practice: emerging from the Quagmire! *Child abuse Review*, pp. 316-332.
- Keys, M. (2007). *The Role of Nurses and midwives in child protection: a report for Scottish Executive*.
- Krug, E. G., Dahlberg, L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- OECD. (2011). Child Maltreatment. In OECD, *Doing Better for Families* (pp. 245-275). OECD.
- Olive, P. (May de 2007). Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 1736-1748.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2*. Ordem dos Enfermeiros.
- Pinheiro, P. S. (2006). *World Report On Violence Against Children*. Geneva: United Nations Publishing Services.
- Trigueiros, A., Barata, D., Mendes, J., Sasseti, L., Sila, P., & Santos, R. (Março de 2010). Apoio à criança/jovem vítima de maus-tratos. Centro hospitalar de Lisboa Central EPE.

A Criança e Família em situação de maus tratos: cuidar na Urgência Pediátrica

- Gibbons, L. (July de 2011). Dealing with the effects of domestic violence. *Emergency Nurse*, pp. 12-17.
- Jaffee, S. R., & Maikovich-Fong, A. K. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, pp. 184-193.
- Jensen, S. (2011). Assessment of Human Violence. In S. Jensen, *Nursing Health Assessment: a best practice approach* (pp. 241-255). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
- Keys, M. (23 de July de 2009). Determining the Skills for Child Protection Practice: emerging from the Quagmire! *Child abuse Review*, pp. 316-332.
- Keys, M. (2007). *The Role of Nurses and midwives in child protection: a report for Scottish Executive*.
- Krug, E. G., Dahlberg, L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- OECD. (2011). Child Maltreatment. In OECD, *Doing Better for Families* (pp. 245-275). OECD.
- Olive, P. (May de 2007). Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 1736-1748.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2*. Ordem dos Enfermeiros.
- Pinheiro, P. S. (2006). *World Report On Violence Against Children*. Geneva: United Nations Publishing Services.
- Trigueiros, A., Barata, D., Mendes, J., Sasseti, L., Sila, P., & Santos, R. (Março de 2010). Apoio à criança/jovem vítima de maus-tratos. Centro hospitalar de Lisboa Central EPE.
- Trigueiros, A., Barata, D., Mendes, J., Sasseti, L., Silva, P., & Santos, R. (Março de 2010). Procedimento Multissetorial: Apoio à criança/jovem com suspeita de abuso sexual. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE.
- UNICEF. (2004). *Convenção sobre os Direitos das Crianças*. Obtido em 22 de Junho de 2012, de UNICEF Portugal: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- UNICEF. (2012). *Situação Mundial da Infância 2012: Crianças em um Mundo Urbano*. New York: UNICEF.



Obrigada



Apêndice XI

Grelha de Avaliação da Ação Formativa

“A criança e família em situação de maus-tratos:
Cuidar na Urgência Pediátrica”

Grelha de Avaliação da Ação de Formação

Ação de Formação: *A criança e família em situação de maus-tratos: Cuidar na Urgência Pediátrica*

Como formando(a), solicito que classifique os vários itens da avaliação da Ação de Formação em que acabou de participar.

Numa escala de 1 a 5 coloque a cruz sobre o número que traduz a sua opinião

2- Insuficiente 2- Satisfaz 3- Bom 4- Muito Bom 5- Excelente

Como classifica a ação de formação:

Quanto ao tema

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Quanto ao conteúdo?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Quanto à organização?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Quanto à utilidade?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sugestões

Obrigada pela colaboração

Elaborado por: Sara Alexandre nº3997, mestranda do 3ºCME, especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Sob Orientação de : Profª Mª Lourdes Oliveira

Apêndice XII

Avaliação da Ação de Formação

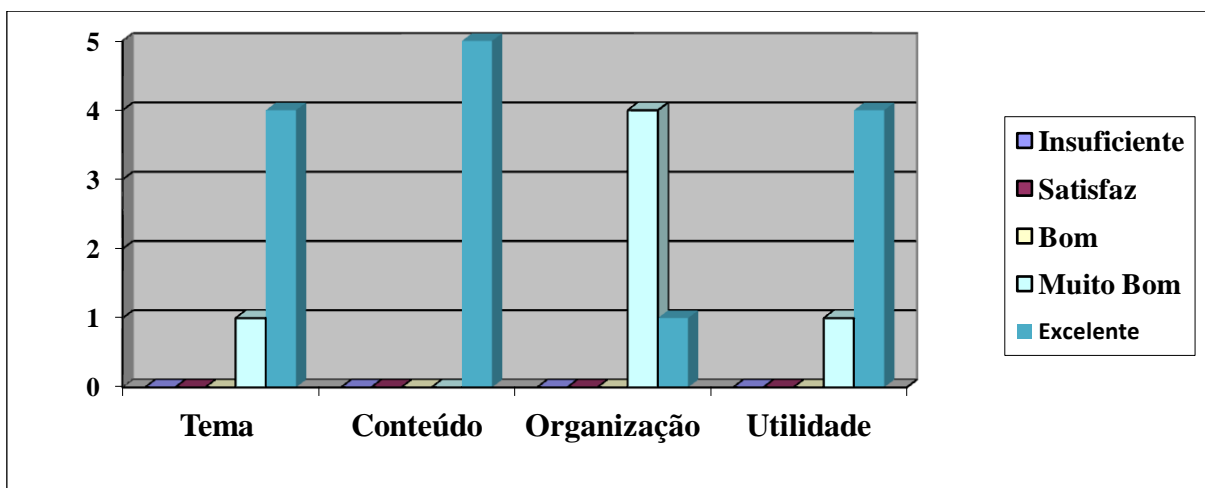
“A Criança e família em situação de maus-tratos:
cuidar na Urgência Pediátrica”

Avaliação da Ação de Formação

“A Criança e Família em Situação de Maus Tratos: Cuidar na Urgência Pediátrica”

A ação de formação contou com 5 enfermeiros, que ao longo da mesma demonstraram atenção e interesse, manifestaram dúvidas, expuseram a sua opinião e experiência acerca da temática e dos conteúdos abordados. Expressaram a pertinência do tema para o contexto da urgência pediátrica e conhecimentos acrescidos, em muito pela partilha de experiências da formadora ao longo do estágio, pela dados colhidos da evidência científica que foram apresentados e embora considerem que o instrumento apresentado requer revisão de alguns aspetos de forma a ser mais adequado à realidade do dia-a-dia e a constrangimentos do serviço, nomeadamente a dotação de enfermeiros, manifestaram que será um suporte importante para o desenvolvimento da prática dos enfermeiros no âmbito dos maus-tratos

No final da ação de formação foi solicitado aos enfermeiros presentes que procedessem à avaliação da mesma através do preenchimento de uma grelha atribuindo a sua classificação relativamente ao tema, conteúdo, organização e utilidade da ação de formação.



Destacou-se uma uniformidade na classificação em relação ao conteúdo da mesma, considerado Excelente, por todos os enfermeiros. Relativamente ao tema da ação e utilidade na prática de cuidados, a maioria dos enfermeiros classificou-a como Excelente, sendo que um deles, em cada um dos itens, a avaliou em Muito Bom. A organização da ação formativa reuniu a classificação de Muito Bom, por quatro dos enfermeiros e de Excelente por um enfermeiro.

Atendendo a estes dados, poder-se-á concluir que a ação de formação desenvolvida foi avaliada de forma bastante positiva pelos enfermeiros, e os objetivos delineados alcançados.

Apêndice XIII

Guião de Entrevista



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

3º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

U.C: Estágio com Reelatório

Guião de entrevista

Elaborado por:

Sara Alexandre nº3997

Sob Orientação tutorial de:

Profª Mª Lourdes Oliveira

Lisboa, 2012

Caro(a) Colega,

Estou a desenvolver um trabalho no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, com o tema ***Cuidar da Criança e Família em situação de maus-tratos em contexto hospitalar.***

Agradeço a sua colaboração numa entrevista, assegurando-lhe que toda a informação é confidencial e os dados serão tratados com toda a privacidade. Para assegurar o rigor da análise dos dados recolhidos é desejável proceder à gravação áudio desta entrevista. A gravação poderá ser interrompida em qualquer momento se assim o desejar.

Caso esteja interessado(a) nos resultados ser-lhe-ão facultados.




Grata pela colaboração.

Sara Alexandre

I. Tema:

Cuidar da Criança e Família em situação de maus-tratos em contexto hospitalar

II. Objetivos:

-  Identificar as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros no âmbito dos cuidados à criança e família em situação de maus-tratos.
-  Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros aos três níveis de prevenção dos maus -tratos à criança.
-  Identificar o contributo dos enfermeiros/ enfermeiro especialista em SCJ na intervenção dos maus-tratos à criança.

III. Questões:

1. Na sua atividade profissional tem-se confrontado com situações de maus-tratos à criança? Gostaria de referir alguma situação que tenha de alguma forma marcado o seu percurso?
2. Após a identificação de famílias maltratantes a que estratégias recorre para apoiar a criança e a família, no sentido de prevenir situações idênticas em relação a outros filhos? Que encaminhamento faz das crianças maltratadas e da sua família? Recorre com frequência aos recursos existentes na comunidade?
3. Em sua opinião, quais os pilares que deverão sustentar uma intervenção efetiva do enfermeiro no apoio às crianças e jovens em risco e em perigo?
4. Como vê a responsabilidade do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, na intervenção dos maus-tratos, nos vários contextos de atuação, nomeadamente o hospitalar?
5. Do seu ponto de vista, quais são as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros na a intervenção de maus-tratos?

Apêndice XIV

Registos e observações nas entrevistas

Entrevista 1

Questões	Registos e observações
1. Na sua atividade profissional tem-se confrontado com situações de maus-tratos às crianças?	<ul style="list-style-type: none"> - criança sujeita a procedimentos dolorosos; sintomas manipulados pela mãe – síndrome de Munchausen por procuração? - demora dos pais na procura de cuidados na sequência de queimadura
2. Após a identificação de famílias maltratantes a que estratégias recorre para apoiar a criança e a família, no sentido de prevenir situações idênticas em relação aos seus filhos? Que encaminhamento faz das crianças maltratadas e da sua família? Recorre com frequência aos recursos existentes na comunidade?	<ul style="list-style-type: none"> - sinalização à assistente social - articulação com os outros profissionais da equipa - relação com a família - educação para a saúde - articulação com o Centro de Saúde
Em sua opinião, quais os pilares que deverão sustentar uma intervenção efetiva do enfermeiro no apoio às crianças e jovens em risco e perigo?	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboração interprofissional - Registo uniformizado - Reconhecimento do papel do enfermeiro
Como vê a responsabilidade do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, na intervenção dos maus-tratos, nos vários contextos de atuação, nomeadamente o hospitalar?	<ul style="list-style-type: none"> - competências na prevenção, identificação e encaminhamento - perceção de forma mais “globalizante” a criança e família - responsabilidade na articulação
Do seu ponto de vista, quais são as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros na intervenção de maus-tratos	<ul style="list-style-type: none"> - área pouco aprofundada no local de trabalho - falta de uniformização na linguagem - dificuldade em relação ao que identificar, ao que sinalizar - dificuldades na comunicação interprofissional - pouca colaboração entre os profissionais

Entrevista 2

Questões	Registos e observações
1. Na sua atividade profissional tem-se confrontado com situações de maus-tratos às crianças?	<ul style="list-style-type: none"> - situações que chocam - maus-tratos sexuais
2. Após a identificação de famílias maltratantes a que estratégias recorre para apoiar a criança e a família, no sentido de prevenir situações idênticas em relação aos seus filhos? Que encaminhamento faz das crianças maltratadas e da sua família? Recorre com frequência aos recursos existentes na comunidade?	<ul style="list-style-type: none"> - encaminhamento para o NHACJR - registo das observações e intervenções- continuidade de cuidados - criar um ambiente protetor, humanizado - contato com o Centro de saúde
3.Em sua opinião, quais os pilares que deverão sustentar uma intervenção efetiva do enfermeiro no apoio às crianças e jovens em risco e perigo?	<ul style="list-style-type: none"> - Formação - abordagem “abrangente” - objetividade, sensibilidade, privacidade, apoio do núcleo familiar - experiência
4.Como vê a responsabilidade do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, na intervenção dos maus-tratos , nos vários contextos de atuação, nomeadamente o hospitalar?	<ul style="list-style-type: none"> - dinamização da temática - “exemplo” para os outros enfermeiros na abordagem das situações - Formação acrescida – permite abordagem generalizada e adequada - “motor de arranque”
5.Do seu ponto de vista, quais são as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros na intervenção de maus-tratos	<ul style="list-style-type: none"> - do ponto vista estrutural, físico- “serviço desumanizado” - recursos humanos escassos - Formação insuficiente no curso de licenciatura- necessidade de formação contínua

Entrevista 3

Questões	Registos e observações
1. Na sua atividade profissional tem-se confrontado com situações de maus-tratos às crianças?	- mãe alcoolizada com criança sem percepção do risco – negligência?
2. Após a identificação de famílias maltratantes a que estratégias recorre para apoiar a criança e a família, no sentido de prevenir situações idênticas em relação aos seus filhos? Que encaminhamento faz das crianças maltratadas e da sua família? Recorre com frequência aos recursos existentes na comunidade?	- contato com assistente social - contato com centro de saúde - contato telefónico com a família - promove mais encontros com a família
3. Em sua opinião, quais os pilares que deverão sustentar uma intervenção efetiva do enfermeiro no apoio às crianças e jovens em risco e perigo?	- desenvolver as competências dos pais - Proteger a criança; reabilitar a família - Superior interesse da criança - compreensão - promover “uma melhor família” - intervenção com os pais desde o nascimento
4. Como vê a responsabilidade do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, na intervenção dos maus-tratos, nos vários contextos de atuação, nomeadamente o hospitalar?	- maior conhecimento sobre a criança, - promoção dos seus direitos - maior capacidade para detetar maus-tratos
5. Do seu ponto de vista, quais são as principais dificuldades encontradas pelos enfermeiros na intervenção de maus-tratos	- questões multiculturais - ajustar intervenções face as dificuldades económicas - pouca disponibilidade no local de trabalho para “estar” com a família - competências parentais pouco desenvolvidas na perspetiva de prevenção primária

Apêndice XV

Proposta de projeto de intervenção para a UCPQ

PROPOSTA PARA PROJETO DE INTERVENÇÃO

A Criança e Família em situação de maus-tratos:

Cuidar na Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Os maus-tratos infantis constituem um preocupante fenómeno da sociedade atual, sendo considerado pela OMS um problema de saúde pública. O reconhecimento da sua complexidade, as implicações no crescimento e desenvolvimento da criança, o impacto na família e na estrutura social, tem vindo a ser traduzido num conjunto de medidas políticas e sociais com vista a uma intervenção multissetorial e multiprofissional no âmbito da promoção e proteção dos direitos da criança.

Em 2008, foi criada e regulamentada a Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco(ASCJR), através do despacho ministerial nº31292/2008, sendo estabelecida como missão o apoio e orientação da intervenção da saúde nas crianças e jovens em risco, com vista a uma efetiva prevenção dos maus-tratos e melhoria da resposta do serviço nacional de saúde a esta problemática. Para o desenvolvimento deste processo foram criados os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (sediados nas Unidades Funcionais dos Centros de Saúde) e os Núcleos Hospitalares de Apoio às Crianças e Jovens em Risco, nos hospitais de atendimento pediátrico como é o caso do Hospital de Dona Estefânia. Estes Núcleos são constituídos por equipas pluridisciplinares, das quais fazem parte pelo menos 1 enfermeiro. Para além dos Núcleos, da estrutura da ASCJR, fazem parte todos os profissionais de 1ª linha, ou seja todos os profissionais com competência na área da infância e juventude(e portanto todos os enfermeiros) (Direcção-Geral da Saúde, 2011).

Embora os enfermeiros das equipas de cuidados de saúde primários tenham pela proximidade com a comunidade e pelos cuidados diversificados que prestam um papel fundamental na promoção dos direitos e proteção das crianças, o contexto hospitalar é também um local importante para que a intervenção nos maus-tratos constitua um foco de especial atenção nas boas práticas dos enfermeiros. Estes podem ser “um segundo filtro” na deteção, apoio no acompanhamento da criança e família e referenciação ou serem os primeiros profissionais a tomar contato com as situações de maus-tratos (Direcção-Geral da Saúde, 2011). Contudo,

para que a resposta adequada se torne efetiva, é necessário os profissionais estarem sensibilizados, motivados e dotados de competências apropriadas. Para além da formação dos enfermeiros, a literatura aponta para a necessidade de suporte profissional, instrumentos de trabalho, protocolos apropriados que facilitem a recolha de informação pertinente, reconhecer sinais e sintomas, intervir nas necessidades identificadas, encaminhar para outros profissionais e dar continuidade aos cuidados iniciados (Beymon, Gutmanis, & MacMillan, 2012; Gibbons, 2011).

É neste âmbito que se enquadra o presente projeto, traduzindo também uma resposta a uma necessidade de formação nesta área, expressa formalmente pelos enfermeiros da Unidade de Cirurgia Pediátrica e Unidade de Queimados, no âmbito do diagnóstico de formação para 2011, decorrente da sua prática de cuidados, e de forma informal pela manifestação de algumas dificuldades na avaliação e acompanhamento de crianças e famílias em situação de maior complexidade. Para além destes aspetos, o projeto insere-se pela sua natureza, numa cultura proactiva da equipa de enfermagem que se caracteriza por uma atividade diária orientada para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem à criança e família, assente nos padrões de qualidade e nos valores da ética e da deontologia profissional. É ainda consistente com a missão, visão, valores e objetivos da instituição. A política de qualidade de identificação e proteção do doente vulnerável prevê a intervenção nos maus-tratos, operacionalizando-se através de procedimentos multisectoriais desenvolvidos pelo NHACJR.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem à criança e família através da intervenção nos maus tratos.

2.2. Objetivos Específicos:

- Sensibilizar os enfermeiros para a problemática dos maus-tratos
- Sistematizar e uniformizar os cuidados de enfermagem à criança e família em situação de maus-tratos
- Melhorar a continuidade de cuidados de enfermagem, nomeadamente entre a Unidade de Cirurgia Pediátrica e Unidade de Queimados dos Hospital Dona Estefânia, com as Unidades Funcionais da comunidade (cuidados de saúde primários).

3. ESTRATÉGIAS

- Implementação de um grupo de trabalho nesta área na Unidade, sendo estes enfermeiros de referência para as crianças e famílias internadas em situação de maus-tratos.
- Formação à equipa de enfermagem
- Criação de suporte bibliográfico sobre a temática para a equipa de enfermagem
- Revisão e adequação da lista de avaliação inicial da criança e família, de forma a integrar a colheita de informação pertinente para a deteção de fatores de risco/proteção/sinais/sintomas/indicadores
- Identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem em CIPE para situações de risco e maus-tratos, para posterior parametrização no SAPE pelo grupo dinamizador da parametrização do HDE
- Revisão e adequação da carta de alta/ continuidade de cuidados de enfermagem

4. RECURSOS

Para o desenvolvimento do projeto, toda a equipa de enfermagem estará implicada no processo, no entanto salienta-se:

- A enfermeira-chefe
- A enfermeira coordenadora
- O grupo de trabalho a constituir, com a enfermeira Sara Raquel Pereira Alexandre, a assumir a gestão inicial do projeto
- A enfermeira dinamizadora da Formação em Serviço
- A enfermeira Dinamizadora da Unidade do Projeto Institucional “CIPE”, no âmbito da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

5. MONITORIZAÇÃO

Dadas as características do projeto a sua avaliação será apenas possível a médio e longo prazo, propondo-se auditorias ao processo de enfermagem. O grupo de trabalho dos cuidados à criança e família em risco ou perigo de maus-tratos será responsável pela monitorização e reavaliação do projeto, atendendo às necessidades da equipa de enfermagem, bem como constituir-se como referência na articulação com outros profissionais envolvidos.

Elaborado por: Enf^a Sara Alexandre, mestranda do 3ºCME , na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Apêndice XVI

Plano de Ação de Formação

“A Criança e Família em Situação de Maus tratos:

Cuidar na UCPQ”

Tema: Cuidar da criança e família em situação de maus tratos

Local: Centro de Formação

Datas: 22 de Maio 2013

Hora: 8h30-10h00/14h30-16h00

Formadora: Enfermeira Sara Alexandre

Objetivo geral: Sensibilizar e mobilizar a equipa de enfermagem para a intervenção nos maus tratos à criança

Objetivos específicos:

- Contextualizar a intervenção nos maus-tratos no âmbito da saúde;
- Explicitar conceitos relativos à violência contra as crianças;
- Refletir sobre o papel do enfermeiro em contexto hospitalar no âmbito dos maus-tratos
- Apresentar projeto de intervenção para a Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
Convenção sobre os Direitos da Criança	Expositivo	Portátil/ Powerpoint/data show	5 min	Sara Alexandre
Dados epidemiológicos/estatísticos				
Enquadramento legal da intervenção às crianças e jovens em risco			20 min	
Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco				
Política do CHLC				

Conceitos de violência/maus tratos/risco/perigo			25 min	
Fatores de risco/proteção/agravamento				
Sinais/sintomas/indicadores				
Papel do enfermeiro: competências, constrangimentos, cuidados centrados na família, intervenções	Expositivo/ativo	Dossier bibliográfico sobre o tema		
Projeto de intervenção			45 min	

C.H.L.C. Mod. 0003

Apêndice XVII

Diapositivos da Ação de Formação

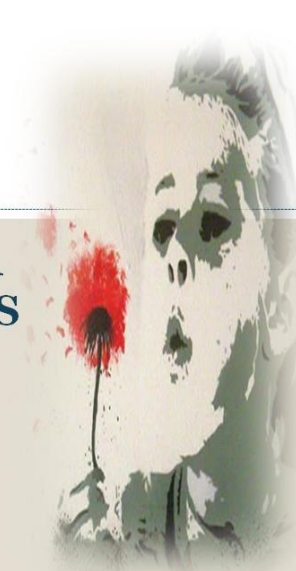
“A Criança e Família em Situação de Maus tratos:

Cuidar na Unidade de UCPQ”

A CRIANÇA E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE MAUS TRATOS

----- CUIDAR NA UNIDADE DE
CIRURGIA PEDIÁTRICA E
QUEIMADOS -----

SARA ALEXANDRE
MAIO 2013



*A Criança e família em situação de maus tratos: cuidar na Unidade de
Cirurgia Pediátrica e Queimados*

Objetivos

Geral

Sensibilizar e mobilizar a equipa de
enfermagem para a intervenção nos maus-
tratos à criança

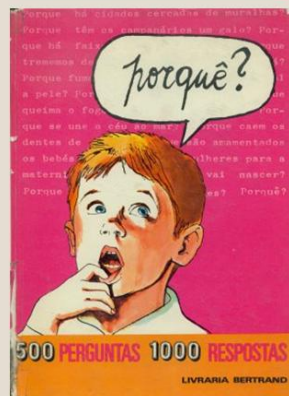




Objetivos

Específicos

- Contextualizar a intervenção nos maus-tratos no âmbito da saúde
- Explicitar conceitos relativos à violência contra as crianças
- Refletir sobre o papel do enfermeiro em contexto hospitalar no âmbito dos maus-tratos.
- Apresentar projeto de intervenção para a Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados





A criança – Ser de Direitos

Convenção sobre os direitos das crianças

Ratificada pelo estado Português a 12 setembro de 1990

Criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo... (art.1)

O Estado deve **proteger** a criança contra todas as formas de **maus tratos** por parte dos pais ou de outros responsáveis pelas crianças e estabelecer programas sociais para a **prevenção dos abusos e para tratar as vítimas** (art.19)



A sociedade tem de se responsabilizar pela proteção da criança e promoção dos seus direitos

A criança e família





O fenómeno da **violência** é considerado a nível nacional e internacional um dos **principais problemas de saúde pública**, nos quais os **maus tratos à criança** e jovem se incluem, tendo **impacto importante** para a sua **saúde e desenvolvimento**, no **imediato** e a **longo prazo**.



Os esforços para **promover o bem-estar da criança** podem ser sustentados nos **direitos da criança**, no que se refere à equidade: os **maus tratos** representam uma **forma inaceitável** das crianças **crescerem** e a **sociedade** tem a **obrigação** de fazer tudo o que está ao seu alcance para **prevenir**: a criança tem o **direito a crescer livre de abuso e negligência**

(OECD,2011)



Existe um numero significativo de crianças abandonadas e negligenciadas. Em **2009** , existiam institucionalizadas cerca de **doze mil crianças**, por **abandono, negligência, maus tratos, abuso sexual**

(Ordem dos Enfermeiros, 2011)



Num estudo relativo à mortalidade associada aos maus tratos infantis entre 2003-2008, **Portugal** surgiu a par de países como o México, Estónia, Nova Zelândia, Brasil, Republica Checa e Rússia com um dos países da OCDE com **maior taxa de mortes por lesão acidental, associada a negligência**

(OECD, 2011)



No ano de **2011** as CPCJ acompanharam (Volume Processual Global) 67941 processos, dos quais arquivaram 31232. No final do ano permaneciam **ativos** (transitaram para 2012) **36709 processos**

(CNPCJR, 2011) .



No ano de **2011** no conjunto das 5 ARS, houve pelo menos **5518 casos sinalizados** aos Núcleos

Negligência 68%	Mau trato Psicológico 13%
Mau trato físico 9%	Outras formas 3%
Abuso sexual 7%	

Direcção-Geral da Saúde, 2012



Lei de Protecção de Crianças e Jovens em risco (lei nº147/99 de 1 de Setembro)



Estabelece os princípios orientadores da intervenção dos vários setores do estado



Em Maio 2007

Crianças e Jovens em Risco: Projeto de Intervenção nos Serviços de Saúde



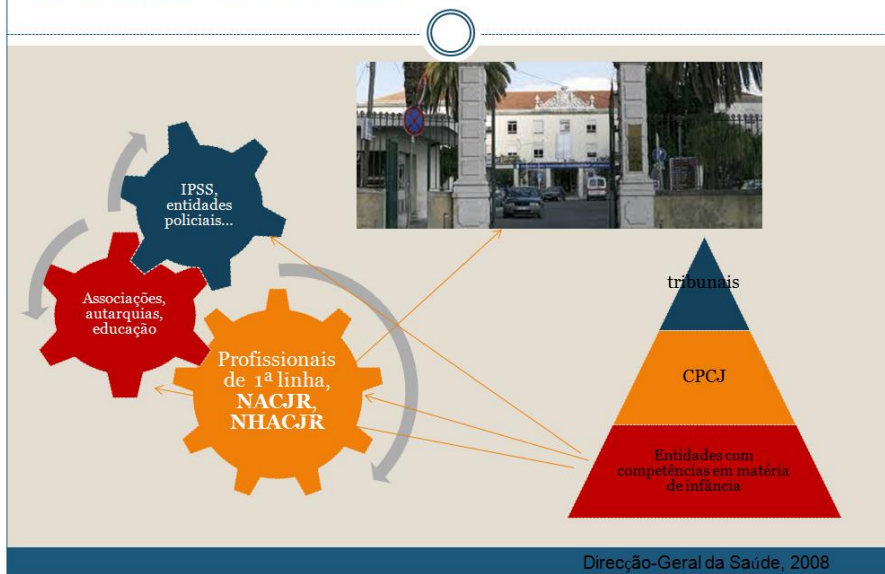
Em 5 Dezembro de 2008, através do despacho da Ministra da saúde nº 31292/2008

Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

Estruturar, operacionalizar e promover boas práticas



A Criança e família em situação de maus tratos: cuidar na Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados



A Criança e família em situação de maus tratos: cuidar na Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados





**Núcleo Hospitalar
Apoio a Crianças
e Jovens em Risco
(NHACJR)**

Em 2011

- 187 crianças foram notificadas
- 8% dos notificadores foram dos serviços de internamento
- 9% das crianças necessitaram de internamento
- 58% das crianças/famílias já tinha sido identificada na comunidade e estava em acompanhamento



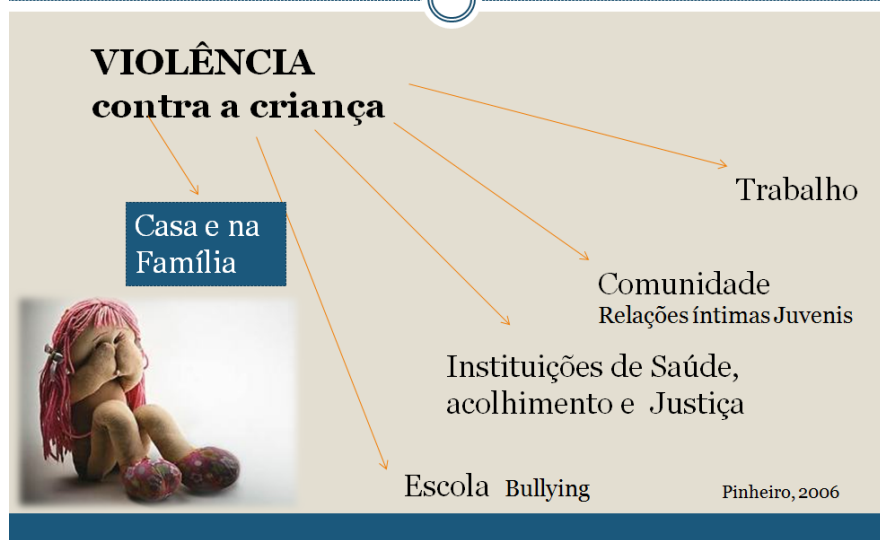
Violência

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação.

(Krug, Ed et al, 2002)

Demonstração enérgica de acções ou do uso desleal da força ou de poder com a finalidade de ferir, causar maus-tratos ou atacar: acções violentas, prejudiciais ou culturalmente proibidas para com outros

(Ordem dos Enfermeiros, 2011)





Maus-tratos

Qualquer acção ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da criança



Negligência- Mau trato Físico – Mau trato Psicológico- Abuso sexual – Síndrome de Munchausen por procuração

Direcção-Geral da Saúde, 2011



Maus-tratos

Risco

As situações de risco dizem respeito ao perigo potencial da não efetivação dos direitos das crianças, ao nível da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento

Direcção-Geral da Saúde, 2011



Maus-tratos

Perigo

*Estar abandonada ou viver entregue a si própria
Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais
Não receber os cuidados físicos ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal
Ser obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação ...*

nº2 do artigo 3º da Lei 147/99 de 1 de Setembro

Direcção-Geral da Saúde, 2011



Maus-tratos



Direcção-Geral da Saúde, 2008

Maus-tratos

Fatores de Proteção

- Bom desenvolvimento
- Temperamento fácil
- Vinculação segura
- Capacidade de resolução de problemas
- Sucesso escolar
- Desejo de autonomia
- Grupo de pares pró-social
- Boas competências parentais
- Boa rede de suporte familiar e social
- Família organizada e com regras
- Boa integração comunitária
- Segurança económica
- capacidade de acesso aos serviços de apoio

Direcção-Geral da Saúde, 2008

Maus-tratos

■ Rutura e reconstituições familiares

■ Doença súbita grave

■ luto

■ desemprego

■ Alteração brusca de situação laboral/económica

■ Institucionalização

■ Detenção/prisão

■ Desastre natural

■ Conflito armado

Fatores de agravamento/crises vida

Direcção-Geral da Saúde, 2008

Maus-tratos

Fatores de Risco

- Nascimento prematuro/baixo peso
- Temperamento difícil
- Filho não desejado
- Défice físico ou psíquico
- Doença crónica ou perturbações do desenvolvimento
- Problemas de comportamento
- Insatisfação das expectativas dos pais
- Excessiva dependência ou alheamento
- viver em lar ou instituição

criança

Direcção-Geral da Saúde, 2008

Maus-tratos

Fatores de Risco

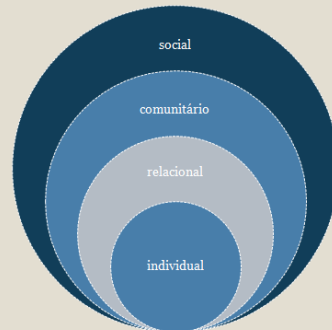
- Cuidadores vítimas de maus tratos em criança
- Perturbações emocionais, mentais e físicas
- Disciplina rígida e autoritária
- História de comportamento violento
- Desajustamento psicossocial/comportamentos aditivos
- Relações familiares conflituosas
- Inexistência de condições de habitabilidade
- Incapacidade de procurar recursos
- Ausência de suporte sociofamiliar
- Ausência prolongada de um dos cuidadores

Família/contextos de vida

Direcção-Geral da Saúde, 2008

Os maus tratos

Fenómeno complexo que só pode ser compreendido através de uma abordagem que considere os aspetos **culturais, sociais, económicos e legais**, as **vivências em contexto familiar e institucional**, aspetos ligados aos **pais** e à **criança**



Direcção-Geral da Saúde 2008

Maus-tratos

Sinais/sintomas/indicadores/alertas



Direcção-Geral da Saúde, 2008



Consequências na Saúde das crianças

Sintomas de Stress
pós traumático

Depressão

Problemas
comportamentais

Dificuldades nas
relações
interpessoais

Má adaptação
escolar



**A violência
constitui um
stressor
importante na
vida da
criança**

Jaffee; MaiKovich-Fong, 2011



*Na unidade de Cirurgia
Pediátrica e queimados...*

Que responsabilidade?

Que cuidados?





O enfermeiro, no seu exercício (...) assume o dever de:

***b) Salvar e proteger os direitos das crianças
protegendo-as de qualquer forma de abuso***

***Art81º, alínea b)
Código Deontológico dos
Enfermeiros***



*O enfermeiro tem o dever ético e legal de intervir
junto das crianças e famílias, aos três níveis de
prevenção dos maus-tratos*





- Diagnóstico formativo em 2011-
“Identificar maus-tratos na criança” não chegou a ser trabalhado



- Equipe proativa na implementação de estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança e família

- Prática pouco sistematizada na área dos maus-tratos ;
- Necessidades formativas presentes;
- Pouca articulação com a comunidade e outros profissionais da equipa multidisciplinar
- continuidade de cuidados -





● Melhoria dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem e multidisciplinar à criança e família no âmbito dos maus-tratos



Sobre o papel do enfermeiro e cuidados de enfermagem... a evidência científica e peritos dizem que...





Competências para cuidar de crianças e família vítima de maus-tratos

Comunicação/relação interpessoal: centrada na criança, na família/cuidador, interprofissional, Gestão de conflitos, trabalho em equipa, clarificação de papéis

Conhecimento e aplicação de conhecimento na prática
Capacidade reflexiva e de auto-análise

Desafios nos cuidados à criança e família vítima de maus tratos

Carga emocional, conflito de papéis, dilemas éticos, articulação intersectorial e interprofissional

Keys, 2009;



O registo inapropriado acerca do risco/ suspeição de maus tratos dificulta o processo de identificação e acompanhamento das situações.



Mckenzie; Scott, 2012

A Criança e família em situação de maus tratos: cuidar na Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados



Porque é que os enfermeiros e os médicos perguntam (ou não) perguntam acerca da violência nas relações de intimidade

Falta de tempo, falta de formação, presença do parceiro, falta de espaço e privacidade, dificuldades da linguagem e culturais, falta de recursos para acompanhamento/encaminhamento, desconforto individual, fatores relacionados com as políticas e gestão

Barreiras

Beymon et al, 2012

A Criança e família em situação de maus tratos: cuidar na Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados



Porque é que os enfermeiros e os médicos perguntam (ou não) perguntam acerca da violência nas relações de intimidade

Falta de tempo, falta de formação, presença do parceiro, falta de espaço e privacidade, dificuldades da linguagem e culturais, falta de recursos para acompanhamento/encaminhamento, desconforto individual, fatores relacionados com as políticas e gestão

Barreiras

Beymon et al, 2012

A Criança e família em situação de maus tratos: cuidar na Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados



Porque é que os enfermeiros e os médicos perguntam (ou não) perguntam acerca da violência nas relações de intimidade

Formação, recursos comunitários, suporte profissional, instrumentos de trabalho, protocolos e políticas materiais educacionais, experiência profissional, ter tempo...



Facilitadores

Beymon et al, 2012

A Criança e família em situação de maus tratos: cuidar na Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados



Reconhecer os sinais... documentá-los, bem como as necessidades e o estado emocional

Têm de saber como dar resposta de forma apropriada, efetuar questões pertinentes e referenciá-los a especialistas ou serviços mais apropriados

Identificar Risco/Perigo – Questionar- Intervir nas necessidades- referenciar

Falta de formação

A falha no reconhecimento nos sinais de VD constitui uma falha na prática de cuidados – qualidade não assegurada

(Gibbons, 2011)

A Criança e família em situação de maus tratos: cuidar na Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados



- Demonstrar empatia
- Demonstrar conhecimento sobre complexidade da situação
- Promover segurança criança/família
- Conhecer e mobilizar conhecimentos sobre as consequências da violência
- Manter privacidade
- Focar nas necessidades da família e criança
- Plano de cuidados elaborado em parceria
- Dar informação sobre o problema
- Dar informação sobre recursos
- Referenciar para outras entidades/profissionais
- Facilitar/assegurar consentimento informado
- Respeitar decisões

(Olive, 2007)

A Criança e família em situação de maus tratos: cuidar na Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados



Em suma...

*Cuidados centrados
na família*

*Trabalho em equipa
multidisciplinar*

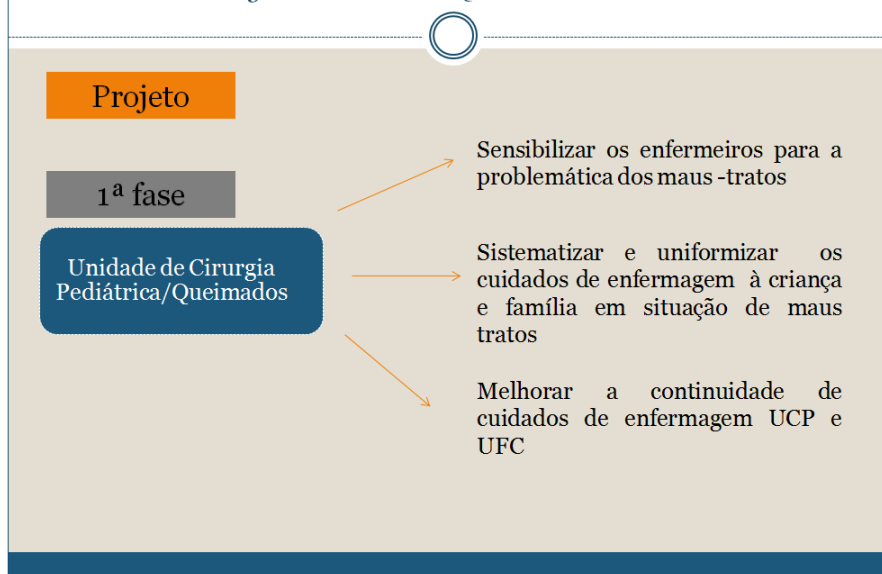


*Reconhecer,
registar, apoiar e
encaminhar*

*A Criança e família em situação de maus tratos: cuidar na
Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados*



*A Criança e família em situação de maus tratos: cuidar na
Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados*



A Criança e família em situação de maus tratos: cuidar na Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados

Projeto

1ª fase

Unidade de Cirurgia
Pediátrica/Queimados

E
s
t
r
a
t
é
g
i
a
s

Implementação de grupo de trabalho–
Enfermeiros de Referência

Formação em serviço aos
enfermeiros

Disponibilização de **suporte
bibliográfico** para a equipa de
enfermagem

Revisão e adequação da lista de
avaliação inicial

Identificação de diagnósticos e
intervenções de enfermagem em CIPE –
Parametrização em SAPE

Revisão e adequação da **carta de
alta/continuidade de cuidados
de enfermagem**

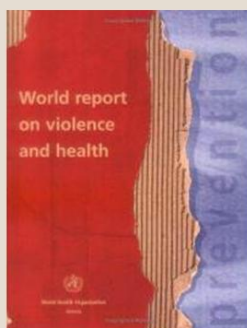
A Criança e família em situação de maus tratos: cuidar na Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados

**Cuidar da criança e família em
situação de maus-tratos:**

**O Processo de
Enfermagem**



Literatura importante...



Literatura importante...



A Criança e família em situação de maus tratos: cuidar na Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados



Bibliografia consultada

Beymon, C. E., Gutmanis, L. M., & MacMillan, H. L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*.

Brazão, H., Falcão, H., Marques, M., Silva, N., & Pires, R. (2012). Procedimento Multissetorial: Apoio a utente vítima ou suspeita de maus-trato/negligência. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE.

Brazão, H., Falcão, H., Marques, M., Silva, N., & Pires, R. (2012). Procedimento Multissetorial: Apoio a utente vítima ou suspeita de violência sexual. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE.

CNPCJR. (2011). *Relatório Anual da Avaliação da Actividade das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens*. Lisboa: CNPCJR. Direção-Geral da Saúde. (Junho de 2012). Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (Fevereiro de 2011). Maus Tratos em Crianças e Jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (Novembro de 2008). Maus-tratos em Crianças e Jovens. Intervenção da Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (Outubro de 2012). *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco: Relatório da Comissão de Acompanhamento*. Direção-Geral da Saúde.

Eisbach, S. S. (2009). *Narratives of nursing practice in the identification and care of maltreated children*. United States: ProQuest

A Criança e família em situação de maus tratos: cuidar na Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados



Bibliografia consultada

Jaffee, S. R., & Maikovich-Fong, A. K. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, pp. 184-193.

Jensen, S. (2011). Assessment of Human Violence. In S. Jensen, *Nursing Health Assessment: a best practice approach* (pp. 241-255). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Keys, M. (23 de July de 2009). Determining the Skills for Child Protection Practice: emerging from the Quagmire! *Child abuse Review*, pp. 316-332.

Keys, M. (2007). *The Role of Nurses and midwives in child protection: a report for Scottish Executive*.

Krug, E. G., Dahlberg, L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.

OECD. (2011). Child Maltreatment. In OECD, *Doing Better for Families* (pp. 245-275). OECD.

Olive, P. (May de 2007). Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. *Journal of Clinical Nursing*, pp. 1736-1748.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2*. Ordem dos Enfermeiros.

Pinheiro, P. S. (2006). *World Report On Violence Against Children*. Geneva: United Nations Publishing Services.

Trigueiros, A., Barata, D., Mendes, J., Sassetti, L., Sila, P., & Santos, R. (Março de 2010). Apoio à criança/jovem vítima de maus-tratos. Centro hospitalar de Lisboa Central EPE.

A Criança e família em situação de maus tratos: cuidar na Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados



Jaffee, S. R., & Malkovich-Fong, A. K. (2011). Effects of chronic maltreatment and maltreatment timing on children's behavior and cognitive abilities. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, pp. 184-193.

Jensen, S. (2011). Assessment of Human Violence. In S. Jensen, *Nursing Health Assessment: a best practice approach* (pp. 241-255). Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Keys, M. (23 de July de 2009). Determining the Skills for Child Protection Practice: emerging from the Quagmire! *Child abuse Review*, pp. 316-332.

Keys, M. (2007). *The Role of Nurses and midwives in child protection: a report for Scottish Executive*.

Krug, E. G., Dahlberg, L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.

OECD. (2011). Child Maltreatment. In OECD, *Doing Better for Families* (pp. 245-275). OECD.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2*. Ordem dos Enfermeiros.

Pinheiro, P. S. (2006). *World Report On Violence Against Children*. Geneva: United Nations Publishing Services.

Trigueiros, A., Barata, D., Mendes, J., Sasseti, L., Sila, P., & Santos, R. (Março de 2010). Apoio à criança/jovem vítima de maus-tratos. Centro hospitalar de Lisboa Central EPE.

Trigueiros, A., Barata, D., Mendes, J., Sasseti, L., Silva, P., & Santos, R. (Março de 2010). Procedimento Multisectorial: Apoio à criança/jovem com suspeita de abuso sexual. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE.

UNICEF. (2004). *Convenção sobre os Direitos das Crianças*. Obtido em 22 de Junho de 2012, de UNICEF Portugal: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

UNICEF. (2012). *Situação Mundial da Infância 2012: Crianças em um Mundo Urbano*. New York: UNICEF.

A Criança e família em situação de maus tratos: cuidar na Unidade de Cirurgia Pediátrica e Queimados



Obrigada...

